

كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
قسم علم النفس

رسالة ماجستير

فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ماقبل المدرسة

مقدمة من الباحثة

حنان محمد ابراهيم خلف

للحصول على درجة الماجستير في التربية

(قسم علم النفس)

إشـــراف

أ.د. شادية أحمد عبد الخالق
أستاذ علم النفس
بكلية البنات – جامعة عين شمس

د. ابتسام محمد عبدالستار
مدرس علم النفس
بكلية البنات – جامعة عين شمس

٢٠١٦م

جامعة عين شمس
كلية البنات للآدب والعلوم والتربية
إدارة الدراسات العليا

تاريخ موافقة مجلس الكلية على تشكيل لجنة الحكم والمناقشة

فحص
―――― في / / م , وتتكون من :
مناقشة

١ - الأستاذ الدكتور / ________________________________

٢ - الأستاذ الدكتور / ________________________________

٣ - الأستاذ الدكتور / ________________________________

٤ - الأستاذ الدكتور / ________________________________

تاريخ موافقة مجلس الكلية على التوصيه بمنح الطالب درجة

ماجستير
―――― في / / م .
دكتوراه

الموظف المختص | مدير الادارة | أ.د / وكيلة الكلية



كلية البنات للآداب والعلوم والتربية

قسم علم النفس

فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ماقبل المدرسة

للحصول على درجة الماجستير في التربية

(قسم علم النفس)

إعـــــداد

حنان محمد ابراهيم خلف

إشـــراف

دكتوره	الأستاذة الدكتوره
ابتسام محمد عبدالستار	شادية أحمد عبد الخالق
مدرس علم النفس	أستاذ علم النفس
بكلية البنات – جامعة عين شمس	بكلية البنات – جامعة عين شمس

١٤٣٨ هـ - ٢٠١٦ م



كلية البنات للآداب والعلوم والتربية

قسم علم النفس

إسم الطالبة : حنان محمد ابراهيم خلف

الدرجة العلمية : ماجستير فى التربية – علم النفس التعليمي

القسم التابع له : علم النفس

الجامعة: عين شمس

سنة التخرج : ٢٠١٥ / ٢٠١٦

سنة المنح : ٢٠١٦



كلية البنات للآداب والعلوم والتربية

قسم علم النفس

رسالة ماجستير

اسم الطالبة : حنان محمد ابراهيم خلف

عنـوان الرسـالة : فاعليـة برنـامج للتدخل المبكـر فـى خفض ضـغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة

إسم الدرجة : ماجستير فى التربية **(علم النفس التعليمي)**

لجنة الإشـــــراف

أ.د. شادية أحمد عبد الخالق
أستاذ علم النفس
بكلية البنات – جامعة عين شمس

د. ابتسام محمد عبدالستار
مدرس علم النفس
بكلية البنات – جامعة عين شمس

تاريخ البحث / /٢٠١٦

الدراسات العليا.

ختم الإجازة

/ /٢٠١٦

أجيزت الرسالة بتاريخ

/ /٢٠١٦

موافقة مجلس الكلية

/ /٢٠١٦

موافقة مجلس الكلية

/ /٢٠١٦

مستخلص الرسالة **Abstract**

عنوان الدراسة : فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة إلى العمل على خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة من خلال بناء وتطبيق برنامج للتدخل المبكر. تكونت عينة الدراسة من عشرون طفلا يعانون من التلعثم تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٤-٦) سنوات . استخدمت الباحثة مقياس ضغوط الوالدية، ومقياس التلعثم، ومقياس المستوى الاقتصادى الثقافى الاجتماعى للأسرة.

توصلت نتائج الدراسة إلى:

١- توجد فروق دالة إحصائياً (عند مستوى دلالة ٠,٠١) بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي – البعدي) في ضغوط الوالدية فى إتجاه القياس البعدي.

٢- توجد فروق دالة إحصائيا (عند مستوى دلالة٠,٠١) بين متوسط رتب أفراد المجموعتين (التجريبية – الضابطة), أي أن الفروق بين المجموعتين (التجريبية- الضابطة) فروق جوهرية في انخفاض ضغوط الوالدية بعد تطبيق البرنامج فى إتجاه المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج.

٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي – التتبعي) في التلعثم.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً (عند مستوى دلالة ٠,٠١) بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي – البعدي) في التلعثم فى إتجاه القياس البعدي.

٥- توجد فروق دالة إحصائيا(عند مستوى دلالة ٠,٠١) بين متوسط رتب أفراد المجموعتين (التجريبية – الضابطة), أي أن الفروق بين المجموعتين (التجريبية- الضابطة) فروق جوهرية في انخفاض التلعثم بعد تطبيق البرنامج فى إتجاه المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج.

٦- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي– التتبعي) في التلعثم.

الكلمات المفتاحية	**Key Word**
ضغوط الوالدية	Parenting Stresses
التلعثم	Stuttering
طفل ما قبل المدرسة	Pre _ School Child
التدخل المبكر	Early Interventio

Abstract

The effectiveness of early intervention program in decreasing parenting stresses to improve stuttering for pre-school children

The study aimed to decrease parenting stresses to improve stuttering for pre-school children by building and applying an early intervention program. The study sample consists of 20 stutterer children, between the ages of (4-6) years. The researcher used parenting stresses scale, stutter scale, and Economic, cultural and social standard scale.

The Study results:

1- There are statistically significant differences (0.01) among the ranks mean of the experimental group of children before and after the program in parenting stresses, and these differences are in the direction of the measurement after the program.

2- There are statistically significant differences (0.01) among the ranks mean of the Children of experimental and control groups in parenting stresses after the program, and these differences are in the direction of the experimental group.

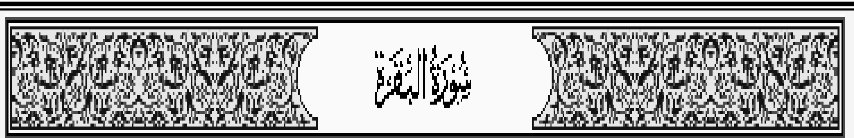
3- There are no statistically significant differences among the ranks mean of the experimental group in the

iterative application then after the follow-up period in parenting stresses.

4- There are statistically significant differences (0.01) among the ranks mean of the experimental group of children before and after the program in stuttering, and these differences are in the direction of the measurement after the program.

5- There are statistically significant differences (0.01) among the ranks mean of the Children of experimental and control groups in stuttering after the program, and these differences are in the direction of the experimental group.

6- There are no statistically significant differences among the ranks mean of the experimental group in the iterative application then after the follow-up period in stuttering.



بِسۡمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحۡمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذۡنَآ إِن نَّسِينَآ أَوۡ أَخۡطَأۡنَاۚ رَبَّنَا وَلَا تَحۡمِلۡ
عَلَيۡنَآ إِصۡرٗا كَمَا حَمَلۡتَهُۥ عَلَى ٱلَّذِينَ مِن قَبۡلِنَاۚ رَبَّنَا وَلَا
تُحَمِّلۡنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِۦۖ وَٱعۡفُ عَنَّا وَٱغۡفِرۡ لَنَا وَٱرۡحَمۡنَآۚ
أَنتَ مَوۡلَىٰنَا فَٱنصُرۡنَا عَلَى ٱلۡقَوۡمِ ٱلۡكَٰفِرِينَ ﴿٢٨٦﴾

صَدَقَ ٱللَّهُ ٱلۡعَظِيمِ

بسم الله الرحمن الرحيم

شكــر وتقديــر

(رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وعَلَى والِدَيَّ وأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِين [النمل:١٩]

الحمدل لله رب العالمين, والصلاة والسلام على أشرف خلق الله سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم تسليماً كثيراً، أحمد الله العظيم الجليل القدير لما حباني به من نعم لا تعد ولا تحصى وما اختصني به من صبر وفضل وأعانني على إتمام هذا العمل فهو حقاً نعم المولى ونعم النصير، واحتسب هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم.

يطيب لي أن أتقدم بأسمى آيات الشكر وأصدق معاني العرفان لكل من أسهم بجهد لمساعدتي في إخراج هذا العمل ... وأخص بالشكر والتقدير زهرة بستان كلية البنات وأستاذتي الغالية **الأستاذة الدكتورة/ شادية أحمد عبد الخالق** أستاذ علم النفس التربوي، بكلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، المشرفة على هذه الرسالة والتي غمرتني بتوجيهاتها ومساعدتها الجليلة، فلم تدخر وقتاً ولا جهداً في متابعة هذا البحث، ومراجعته، فكانت لي بمثابة الأم التي تحنو على أولادها فشملتني بحسن الرعاية والكرم والعطف، فلم تبخل على الباحثة بالمراجع والكتب الخاصة بالبحث فكانت جزيلة في عطائها، وأنني كلما عبرت بكلمات عن هذه الأستاذة الجليلة لم أوفيها حقها، فلها منى خالص الشكر والتقدير داعية الله عز وجل أن يزيدها من علمه ويديم عليها الصحة والعافية.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أستاذتي الغالية **الدكتورة/ ابتسام محمد عبد الستار** مدرس علم النفس، بكلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، المشرفة على هذه الرسالة، والتي أفاضت عليّ من علمها الغزير، فكان عطاؤها بلا حدود على البحث والباحثة، بما تَحلّيت بها من نفس كريمة، وصدر رحب وقلب سمح، فقد تعلمت منها أصول البحث العلمي، فجاءت هذه الرسالة ثمرة نصائحها وتوجيهاتها وغزارة علمها، فجزاها الله عني خير الجزاء.

كما أتوجه بوافر الشكر وعظيم الأحترام إلى الأستاذة الدكتورة/ **أسماء محمد محمود السرسي** أستاذعلم النفس بمعهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس، والأستاذة الدكتورة/ **ماجى وليم يوسف** أستاذ علم النفس المساعد بكلية البنات جامعة عين

شمس لتشريفهما بمناقشة الرسالة والحكم عليها، ولما قدماه من أفكار وأراء وتوجيهات أثرت الرسالة فجزاهما الله عنى وعن كل طلابهما خير الجزاء.

وأيضاً أتقدم بالشكر والتقدير لمعهد "**السمع والكلام**" بإمبابة, الذي تم فيه تطبيق إجراءات البحث، وكذلك أعضاء هيئة التدريس به، وعلى إتاحة الفرصة الكاملة للباحثة لتنفيذ إجراءات الدراسة.

كذلك كل الشكر والتقدير للأطفال وأسرهم **(أفراد عينة الدراسة)**، الذين كان لهم الإسهام الأكبر في إنجاز هذا العمل، وإخراجه بتلك الصورة، فقد قدموا لي الكثير من الوقت والجهد، والاهتمام والعون، لتطبيق البرنامج الخاص بالرسالة، وكانت سعادتي غامرة باستمرارهم في السعي، لتوفير كل ما قد يفيد أبناءهم، وكم كانت سعادتي برؤية الإبتسامة على شفاههم وبريق الأمل في أعينهم.

وعرفاناً منى بالجميل أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير إلى **والدي ووالدتي** اللذين ضحيا بالكثير من أجلي، فجزاهما الله خير الجزاء، داعية الله أن يديم عليهما الصحة والعافية. كما أتقدم بالشكر إلى **إخواني وأختي** الذين تحملوا معي الكثير أثناء القيام بهذا العمل، ولا يفوتني أن أتقدم بخالص الشكر إلى صديقة العمر ورفيقة رحلة البحث **الباحثة / شيماء أبو العلا.**

اللهم لك الحمد حتى ترتضى، ولك الحمد إذا رضيت، ولك الحمد بعد الرضا، ولك الحمد على كل حال, لك الحمد كالذي نقول وخيراً مما نقول، ربنا تقبل منا إنك أنت السميع العليم.

الباحثة

محتويات الدراسة

قائمة الموضوعات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

الفصل الأول

مدخل إلى الدراســـة

- مقدمـة.
- مشكلة الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهميـة الدراسـة.
- مصطلحات الدراسة.
- محددات الدراسة.

الفصل الأول
مدخل إلى الدراسـة

مقدمة

تعتبر الطفولة هي مرحلة الأساس بالنسبة للنمو فى مراحل العمر التالية لهذه المرحلة, حيث يوضع فيها أساس بناء شخصية الفرد في التوافق مع مراحل النمو التالية, حيث يكون أساس السلوك المكتسب والذي يساعد الفرد في التوافق مع مراحل النمو التالية, حيث يكون الطفل في مرحلة الطفولة مرنا يمكن تشكيله وتعليمه السلوك حسبما هو سائر من حوله في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها وهذا ماجعل علماء الصحة النفسية يرجون السلوك السوي الى الأساس الذي وضع في هذه المرحلة, وكذلك الأمر بالنسبة للسلوك غير السوي, والتنشئة الاجتماعية التي تبدأ منذ ولادة الطفل تكسبه في مختلف مراحل العمر السلوك والمعايير والاتجاهات الاجتماعية التي تمكنه من مسايرة الجماعة والتوافق معها, كما تكسبه الطابع الاجتماعي, وتسهل على الطفل الاندماج في الحياة الاجتماعية, والتي هي عملية استدخال ثقافة المجتمع في بناء الشخصية وتحويل الكائن الحيوي إلى كائن اجتماعي في عملية مستمرة من التعلم والنمو الاجتماعي المتطور ولعل ذلك هو ما يعطي هذه المرحلة من مراحل الطفولة (رياض الأطفال) الأهمية المميزة لها (حامد زهران, ١٩٩٩: ٧٥).

وتعد الأسرة المؤسسة الأولى لعملية التطبيع الاجتماعي, والرحم الذى يتلقى الطفل وليدا ويتعهده بالرعاية وبقدر ما يتميز به مناخ هذا الرحم ويعكسه من أمن وطمأنينة أو تفكك واضطراب بقدر ما تتشكل شخصية الطفل لتكون ناضجة متزنة أم تعاني من مشاعر القلق والصراع وغيرها من دلائل سوء التوافق والصحة النفسية (عبد المطلب القريطي, ٢٠٠٣: ٤٣٨).

وتتعدد أدوار الأسرة ووظائفها فى حياة الطفل حيث تتعهد الطفل بالرعاية والحماية والارشاد والتوجيه, وتتعرض الأسرة اليوم لكم هائل من الضغوط نظرا لما يزخر به العصر الحالى من تغيرات جذرية وتقدم علمى وتكنولوجى وثورات معرفية كانت من ثماره تطور أساليب التربية والأدوار الوالدية فكان على الأسرة مواكبة تلك التغيرات, ولكن لم يتسن لبعض الأسر مواكبة هذا التغير ولازالت تعيش فى ظلال الماضى والدور التقليدى لعملية التربية وتستخدم مع أبنائها بعض الأساليب غير السوية مما يمثل عبئا ومصدرا ضاغطا على الأبناء, وإن كان يتباين ادراك الأبناء لتلك الضغوط حيث يتوقف ذلك على التقدير الشخصى الادراكي للطفل ونوع وشدة تلك الضغوط الوالدية الواقعة عليه (مروة محمد حسن, ٢٠٠٧: ٢).

والضغوط الوالدية هي كل ما يمارسه الوالدان أحدهما أو كلاهما من سلوكيات ضاغطة على أحد الأبناء بغية تحقيق أهداف أو غايات معينة (نور الدين طه, ٢٠٠٢: ٣٠).

ويرى جيتر بيرى (Guitar , Barry (1998 : 63 أن الضغوط الوالدية قد تسهم فى أصابة الطفل بالتلعثم حيث تؤثر على طلاقته اللغوية, فقد تدفع الأسرة الطفل إلى الكلام بما يفوق قدراته النمائية وقد يظهر الضغط الوالدي فى عدم إتاحة فرصة للكلام مع الطفل والاستياء منه والتصحيح المستمر لكلامه مما يؤدى الى ظهور وتعميق التلعثم عند الطفل.

وقديما كانت الفكرة السائدة تقضى بعدم التدخل المبكر لعلاج اضطرابات الكلام واللغة لدى الأطفال حيث انه كلما تقدم الأطفال في العمر اختفت اضطرابات الكلام واللغة التى يعانون منها, فى حين أكدت الاتجاهات الحديثة على ضرورة الاهتمام برعاية هؤلاء الأطفال في مرحلة مبكرة من العمر, وبالتالى أكدت على ضرورة وأهمية التدخل المبكر لعلاج اضطرابات الكلام واللغة, على أساس أنه على الرغم من أنه قد يتم الشفاء منها بصورة تلقائية ودون تدخل علاجى, إلا أنه توجد نسبة كبيرة من الأطفال قد تستمر لديهم هذه الاضطرابات رغم تقدمهم فى

العمر, وبالتالى يستمرون في المعاناة منها ومن اثارها السلبية, ولذلك أكدت الدراسات المعاصرة على أهمية التدخل المبكر لدى الأطفال فى مرحلة ماقبل المدرسة, حيث أنه يسهم فى تحسين كافة جوانب النمو المختلفة لديهم, كما يسهم في التقليل من خطر التعرض للمشكلات الاجتماعية, والسلوكية, والنفسية, والأكاديمية في مراحل العمر التالية (كنت Kent, ٢٠٠٤ , ص ٣٨٠ ; عبدالعزيز الشخص , ٢٠٠٦ , ص ٢٠٨).

مشكلة الدراسة :

تعتبر الأسرة هى أولى المؤسسات الاجتماعية التي ترعى الطفل وتعمل على تنشئته الاجتماعية, ولكن تمر بعض الأسر بالكثير من الضغوط التي تؤثر على أفراد الأسرة ككل وبصفة خاصة الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة فإلى جانب إعاقتها لأداء الوالدين لدورهما الوالدي فهي تؤثر تأثيرا مباشرا على الطفل أي أنها تعد بمثابة معوقات للوالدية بجانب تأثيرها على نمو الطفل وخاصة النمو اللغوي الذى يتطور سريعا خلال الفترة من الميلاد وحتى العام السادس وفى هذه الفترة يمر النمو اللغوي بأقصى سرعة له (سعدية بهادر, ١٩٩٤, ٢٧: ٢٨)؛ (فيولا الببلاوي, ١٩٨٨: ٥).

وفي القرن الحادي والعشرين ظهر اتجاه واضح إلى جانب العلاج النفسي والعلاج التخاطبي للمتلعثمين, يرى أهمية أخذ الوالدين في الاعتبار انطلاقا من أن التلعثم هو اضطراب يتطلب تدخلا علاجيا يكامل بين أساليب العلاج التخاطبي وأساليب العلاج النفسي من جانب والأساليب الإرشادية للوالدين من جانب آخر, خاصة فيما يتعلق بتعديل اتجاهات الوالدين السلبية تجاه الطفل المتلعثم, لا سيما وأنه قد ثبت من خلال الدراسات العلمية والتراث النظري أن الإرشاد الوالدي وتعديل البيئة ذات تأثير فعال في علاج التلعثم (Blood, 1995,165-180) , (Stromsta,1986,89).

وقد لاحظت الباحثة من خلال عملها أخصائية تخاطب, أن الكثير من الأطفال لديهم مشكلات في الكلام متمثلة في تقطع الكلام أو ترديد بعض حروفه أو السكوت المفاجئ عن الكلام وغيرها من أشكال الاضطراب فى الكلام, وفى ضوء ما أوضحته نتائج الدراسات السابقة من أن هناك علاقة بين ضغوط الوالدية والتلعثم عند أطفال ماقبل المدرسة, إلا أنه على حد علم الباحثة ومن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة تبين أنه لاتوجد دراسة على المستوى المحلى عرضت برنامجا للتدخل المبكر لخفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة.

ومما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في السؤال التالى:

هل هناك فاعلية لبرنامج تدخل مبكر فى خفض الضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة ؟

والذى انبثقت منه التساؤلات التالية:

١- هل توجد فروق جوهرية لدى المتلعثمين من أطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج على مقياس التلعثم ؟

٢- هل توجد فروق جوهرية بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المتلعثمين بعد البرنامج على مقياس التلعثم ؟

٣- هل توجد فروق جوهرية لدى المتلعثمين من أطفال المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج خلال فترة المتابعة (شهرين)؟

٤- هل توجد فروق جوهرية فى ضغوط الوالدية لدى أمهات المجموعة التجريبية على مقياس ضغوط الوالدية قبل وبعد البرنامج؟

٥- هل توجد فروق جوهرية لدى أفرد المجموعتين التجريبية والضابطة من االأمهات على مقياس ضغوط الوالدية بعد البرنامج ؟

٦- هل توجد فروق جوهرية لدى أفراد المجموعة التجريبية من الأمهات بعد انتهاء البرنامج خلال فترة المتابعة (شهرين)؟

أهداف الدراسة :

١- الكشف عن فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض شدة التلعثم لدى اطفال مرحلة ما قبل المدرسة.

٢- تحديد الفروق بين الأطفال المتلعثمين فى خفض شدة التلعثم قبل وبعد البرنامج.

٣- الكشف عن فاعلية استمرار تأثير برنامج للتدخل المبكرفى خفض شدة التلعثم لدى الأطفال المتلعثمين بعد انتهاء فترة العلاج بشهرين.

٤- الكشف عن فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المتلعثمين.

٥- تحديد الفروق بين أمهات الأطفال المتلعثمين فى خفض ضغوط الوالدية قبل وبعد البرنامج.

٦- الكشف عن فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المتلعثمين بعد انتهاء فترة العلاج بشهرين.

أهمية الدراسة :

يمكن ايجاز أهمية الدراسة الحالية على المستويين النظرى والتطبيقى على النحو التالي :

أ- الأهمية النظرية :

١- توفير المزيد من المعلومات والحقائق عن التلعثم لدى الأطفال فى المراحل المبكرة من العمر.

٢- القاء الضوء على العلاقة بين أساليب التنشئة والضغوط التى تتعرض لها الأسر والتلعثم عند أطفال ما قبل المدرسة.

٣- القاء الضوء على أهمية التدخل المبكر وتأثيراته الايجابية على جوانب النمو المختلفة لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

٤- من خلال مراجعة الدراسات والبحوث العربية التى تصدت لدراسة التلعثم وعلاقته بالضغوط الوالدية, اتضح عدم وجود دراسة عربية – فى حدود علم الباحثة – تصدت لعلاج التلعثم من خلال خفض الضغوط الوالدية لدى أطفال ما قبل المدرسة.

ب- الأهمية التطبيقية :

١- تشخيص التلعثم من خلال مقياس تشخيص درجة التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة.

٢- علاج التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة من خلال برنامج علاجى متكامل يتضمن جلسات علاجية للأطفال وجلسات ارشادية للوالدين لخفض الضغوط الوالدية, مما قد يسهم فى تلافى الاثار السلبية للتلعثم على النواحى الاجتماعية, والسلوكية, والنفسية, والأكاديمية لهؤلاء الأطفال.

٣- اشتراك الوالدين فى تنفيذ البرنامج العلاجى المقدم للأطفال الذين يعانون من التلعثم قدر الامكان, لما لذلك من أثر ايجابى فى الاسراع بالعلاج, وتعميم الأثر الايجابى للبرنامج واستمراره.

٤- توفير برنامج سوف يتم اعداده على أساس علمى دقيق من شأنه أن يساهم فى التعرف على التلعثم, وعلاجه لدى أطفال ما قبل المدرسة من خلال خفض ضغوط الوالدية.

مصطلحات الدراسة :

وتتحدد مصطلحات الدراسةالحالية فيما يلي :

١- ضغوط الوالدية Parenting Stresses

ضغوط الوالدية هى تلك الحالة التي يتعرض فيها الكائن الحي لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعا من التوافق وتزداد تلك الحالة الى درجة الخطر كلما ازدادت حدة تلك الظروف أو المطالب أو استمرت لفترات طويلة. وضغوط

الوالدية بذلك هي الظروف أو المطالب المفروضة على الوالدين في سياق تفاعلهم مع أبنائهم, سواء تلك الظروف أو المطالب الناجمة عن طبيعة الوالدين وخصائصه, الأمر الذى يفرض على الوالدين نوعا من التوافق فى سياق هذا التفاعل (فيولا الببلاوى, ١٩٨٨: ٤).

وسوف تأخذ الباحثة بهذا التعريف فى الدراسة الحالية فى ضوء المقياس المستخدم.

٢ - تعريف التلعثم Stuttering

هو اضطراب كلامي, أو اضطراب في النطق, أو اضطراب فى الايقاع الصوتي. وتتمثل أهم مظاهره في التردد أو التكرار والاطالة والوقفة, وقد يكون هذا التكرار أو التوقف أو الاطالة في حرف أو مقطع أو كلمة, كما يصاحب التلعثم بعض الحركات اللاارادية, سواء في الوجه أم أجزاء مختلفة من الجسم. (هند اسماعيل, ٢٠٠٧, ص ٣٦-٣٧)

- التعريف الإجرائى للتلعثم :

تعرف الباحثة التلعثم بأنه احد اضطرابات الكلام والنطق وهو اضطراب في ايقاع الكلام وطلاقته, فهو اضطراب توقيت الكلام يتميز بالتوقف اللإرادي عن الكلام أو التكرار للمقاطع والحروف, أوالإطالة لأصوات الكلام (الحروف المتحركة), بالإضافة إلى المصاحبات الجسمية, كانفعالات الوجه وحركات الفم, والرأس, والرقبة, واليدين والرجلين, وسرعة التنفس, وليس له سبب عضوي أو نفسي ولكنه سلوك تخاطبي يكتسبه الطفل منذ السنين الأولى لاكتساب اللغة.

٣- طفل ما قبل المدرسة Pre _ School Child

أنه الطفل الذى يتراوح عمره من ٤ الى ٦ سنوات , ومقيد بمرحلة رياض الأطفال, ومشارك في الأنشطة المقدمة داخل الروضة (زيزيت أنور محمد, ٢٠١٢م: ٦١).

وهو ذلك الطفل الذي لم يلتحق بعد بالصف الأول الابتدائى ولكن على مشارف الالتحاق به ويتراوح عمره مابين (٤ – ٦) سنوات (منال كامل بهنس, ٢٠٠٢: ٤٣).

- التعريف الإجرائى لطفل ما قبل المدرسة :

هو الطفل الذى يتراوح عمره من (٤-٦) سنوات, ويلحق الطفل بمدارس الحضانة فى هذا العمر, حيث يتم تمهيده وأستعداده وتأهبه لدخول المدرسة الإبتدائية.

٤- التدخل المبكر Early Intervention

التدخل المبكر هو عبارة عن مجهودات لمساعدة الأطفال وذويهم فى مرحلة الطفولة المبكرة فى تخطى الصعوبة التى تعترضهم, وتقديم خدمات لهم فى صورة برامج تهدف إلى تيسير عملية النمو, وتطوير القدرات, وعلاج المشكلات القائمة, وتحسين وظائف الأسرة وأدوراها (محمد الطيب وآخرون, ٢٠٠٠: ١٥).

- التعريف الإجرائى للتدخل المبكر :

هو نظام متكامل من الخدمات الطبية والتربوية والعلاجية والوقائية والنطقية التى تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن السادسة من خلال البرامج التأهيلية والتربوية والنفسية لتوفير الرعاية اللازمة لتنمية الطفل وأسرته, عن طريق التدخل فى وقت أسبق بدرجة كافية عن الوقت الذى أعتاد معظم الناس أن يبحثوا فيه عن مساعدة, وذلك بهدف التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية لتحقيق أفضل توافق بين الطفل وأسرته وبيئته.

محددات الدراسة :

تتحدد الدراسة الحالية بالحدود الآتية:

(١) منهج الدراسة :

تعتمد الباحثة في هذه الدراسة الحالية على المنهج التجريبى, حيث يعد برنامج التدخل المبكر بمثابة المتغير المستقل, وتعد فاعلية هذا البرنامج فى تخفيف الضغوط الوالدية لتحسين التلعثم بمثابة المتغير التابع.

(٢) عينة الدراسة :

سوف تتكون عينة الدراسة من (٢٠) طفل وطفلة من الأطفال المتلعثمين في مرحلة ما قبل المدرسة والملتحقين بالصفين الأول والثانى فى رياض الأطفال, بحيث تتراوح أعمارهم الزمنية من (٤– ٦) سنوات وهم من الأطفال المترددين على عيادات قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام بامبابة, وسوف تشمل العينة أيضا أمهات الأطفال المتلعثمين بحيث تتراوح أعمارهم بين (٢٥ –٣٥) سنة, ممن يكون مستواهم الاقتصادى الثقافى الاجتماعى متوسط, وسوف يتم تقسيمهم إلى مجموعتين على النحو التالي:

- **مجموعة تجريبية** : تضم (١٠) أطفال (٧ذكور –٣إناث), (١٠) أمهات.
- **مجموعة ضابطة** : تضم (١٠) أطفال (٧ذكور –٣إناث), (١٠) أمهات.

(٣) أدوات الدراسة :

١– اختبار رسم الرجل لتحديد معامل الذكاء (إعداد جود انف هاريس,تقنين فاطمة حنفى ١٩٨٣).

٢– مقياس المستوى الإقتصادى الثقافى الإجتماعى للأسرة (اعداد محمد بيومى خليل ٢٠٠٣).

٣– مقياس ضغوط الوالدية (إعداد أبيدين Abidin 1983, ترجمة فيولا الببلاوي ١٩٨٨).

٤- مقياس شدة التلعثم (إعداد الباحثة).

٥- برنامج التدخل المبكر (إعداد الباحثة).

(٤) الحدود المكانية للدراسة :

سوف يتم تطبيق البحث الحالي فى عيادات قسم التخاطب فى معهد السمع والكلام بإمبابة.

(٥) الحدود الزمنية للدراسة :

سوف يستغرق تطبيق البرنامج ثلاثة أشهر بواقع (٣) جلسات أسبوعيا, والبرنامج يتضمن جلسات إرشادية للأمهات (١٢ جلسة), وجلسات للأطفال (٢٤ جلسة).

(٦) الأساليب الإحصائية :

استخدمت الباحثة عدة أساليب إحصائية تتناسب مع دراستها هى :

١- معامل ارتباط بيرسون Pearson correlation coefficient.

٢- اختبار مان وتينى Mann-Whitney.

٣- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon

الفصل الثانى
الإطار النظرى

أولا: الضغوط الوالدية:

* أولا: تعريف الضغوط.
* ثانيا: تعريفات ضغوط الوالدية.
* ثالثا: مصطلحات مرتبطة بضغوط الوالدية.
* رابعا: الفرق بين ضغوط الوالدية والضغوط الوالدية.
* خامسا: مصادر ضغوط الوالدية.
* سادسا: النظريات المفسرة للضغوط.
* سابعا: مواجهة ضغوط الوالدية والتغلب عليها.

ثانيا: التلعثم :

* تمهيد.
* مفهوم التلعثم.
* انتشار التلعثم.
* مراحل تطور التلعثم.
* صور التلعثم وأنواعه.
* ديناميات شخصية المتلعثم.
* أعراض التلعثم وتشخيصه.
* أسباب التلعثم.
* النظريات التي تفسر أسباب التلعثم.
* تقييم التلعثم.
* علاج التلعثم.

ثالثا: التدخل المبكر

رابعا : طفل ما قبل المدرسة

الفصل الثانى

الإطار النظرى للدراسة

تمهيد

تعد الطفولة هى صانعة المستقبل والاهتمام بالطفولة هو اهتمام بالمستقبل، وقد يتعرض الأطفال إلى مشكلات كثيرة أثناء نموهم منها صحية واجتماعية ونفسية وغيرها، وعيوب النطق والكلام احدى هذه المشاكل وتؤثر إضطرابات الكلام و اللغة تأثيراً سلبياً على الجوانب الإجتماعية، والسلوكية، والنفسية، والأكاديمية للأفراد الذين يعانون منها، وتختلف هذه التأثيرات السلبية تبعاً لنوع وشدة الإضطراب (Kent,2004:162).

ولأن تعلم الكلام ليس بالأمر اليسير فإن من المحتمل أن يمر بعض الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ببعض من مشكلات الكلام التى تتضمن اضطرابات طلاقة النطق Fluency Disorders ومن أبرزها التلعثم (علا زكى الطيباني, ٢٠٠٠: ٥), والبيئة التى ينشأ فيها الطفل خاصة المحيط الداخلي والخارجي للأسرة وكذلك الضغوط التى يقع تحت عاتقها الطفل تؤثر على قدرته اللغوية.

فبيئة الطفل وبصفة خاصة الوالدين لا تساهم فى حدوث التلعثم ولكنها تساعد على الحفاظ عليه وتساهم فى تطوره من مراحله البدائية حتى يصبح تلعثم حقيقى .(Conture, 1982, 163: 164).

وسوف تعرض الباحثة فى هذا الفصل المفاهيم الهامة التى تتعامل معها الدراسة وهى أربعة محاور :

- المحور الأول: ضغوط الوالدية
- المحور الثانى: التلعثم
- المحور الثالث: التدخل المبكر
- المحور الرابع: طفل ما قبل المدرسة

المحور الأول: الضغوط الوالدية :

تعد الضغوط أحد المظاهر التي يتسم بها العصر الحالي لما يزخر به هذا العصر من تقدم علمي وتكنولوجي وثورات معرفية وتغيرات في شتي المناحي الاقتصادية والثقافية والسياسية، فالعصر الحالي هو عصر الضغوط النفسية.

وقد كان من ثمار هذا العصر بما يحمله من تغيرات جذرية وتطورات فكرية, أدت إلي تطور الأدوار الوالدية, فلم يعد دور الوالدين مقتصرا علىالدور التقليدي في عملية التربية (المنجد في اللغة والإعلام، ٢٠٠٢: ٤٥١).

إن تعرض الوالدين للضغوط والأزمات يؤثر على قدرتهما على قيامهما بدورهما الوالدي, وكفاءتهما في توجيه أطفالهما التوجيه السليم, وعلى تحملهما ما يصدر عن أطفالهما من سلوكيات غير مرغوبة, وبالتإلي تتسم ردود أفعالهما بالقوة والشدة وأحيانا العنف (إيمان عبد المقصود الجندي, ٢٠١٠: ١٦).

كما نجد بعض الآباء لا يزالون يتعاملون مع أبنائهم ببعض أساليب التنشئة الوالدية الغير سوية كالقسوة والتسلط والإهمال التي تلقوها في طفولتهم فيشكلون بالتالي ضغطا على أبنائهم ولم يستطيعوا مواكبة التغيرات التي تحدث داخل المجتمع فأصبحوا بالتالي مصدرا ضاغطا على أبنائهم مما يؤثر على نمو الطفل بصفة عامة ونموه اللغوي بصفة خاصة وقد يعرضه للإصابة بإضطرابات الكلام.

ويتباين إدراك الأبناء لما يتلقون من الضغوط والدية وذلك طبقا لدرجة هذه الضغوط وسمات شخصية الطفل وخصائصه العقلية والإنفعالية.

ويواجه الباحث في مجال الضغوط النفسية كما متنوعا من التعريفات فمن الناحية اللغوية يعرف الضغط Stress أنه ضغط: ضغط – ضغطا, وأضغط عصره زحمة ضيق عليه.

ضاغط ضغاطا ومضاغطة زحمة وانضغط: قهر، الضغطة: الزحمة والضيق، الضغطة: القهروالضيق (المنجد في اللغة و الإعلام، ٢٠٠٢: ٤٥١).

أولا : تعريف الضغوط :

يعتبر مصطلح الضغوط Stress من المصطلحات الشائعة الإستخدام لدي الشخص العادي والشخص المهني والشخص الغير عادي, وهي تشكل جزءا من لغتنا في العصر الحديث فطبيعة حياتنا ارتبطت بزيادة الضغوط وأصبح لفظ الضغوط مصطلحا أساسيا في علوم وتخصصات وتطبيقات ميدانية في بعض المجالات كالطب والطب النفسي, وعلم النفس,وعلم الإجتماع وغيرها من العلوم الآخرى فقد تعددت واختلفت تعريفات الضغط طبقا للإنتماءات الفكرية والمهنية والنظرية لأصحاب هذه التعريفات.

و تعتبر كلمة الضغط كلمة مشتقة من اللاتينية وشاع إستخدامها بشكل كبير في القرن السابع عشر بمعني المشقة Hip Harts، والشدة Straits، و المحنة Adversity، والأسىAffliction، وفي نهاية القرن الثامن عشر فقد استخدم بمعني القوة والضغط والإجهاد، وقد ظهر المصطلح لأول مره عام ١٩٤٤ ثم بدأ ينتشر أثناء الحرب العالمية الثانية وما بعدها (بشرى إسماعيل، ٢٠٠٤: ٣١).

وتشير مجده أحمد بأن مصطلح الضغوط يبدو للمتخصصين بل العامة ككلمة بسيطة يراد إستخدامها وتداولها للتعبير عن حالة التوتر والضيق التي تنتاب البعض إذا ما تعرضوا لمواقف أحداث حياتية ضاغطة لكن في الحقيقة أن تعريف الضغط ليس بهذه البساطة الأمر الذي يقوم عليه عدم القدرة على تحديد تعريف شامل متفق عليه للضغط النفسي، فالمصطلح قد يقدمه الباحثون والمتخصصون بمعاني مختلفة تبعا لمجالاتهم وموضوعاتهم (مجدة أحمد، ٢٠٠١: ٤٨).

ويعرف الضغط بأنه : تأثير داخلي يخلق حالة من عدم التوازن النفسي أوالجسمي داخل الفرد، وينجم من عوامل تنشأ من البيئة المحيطة بالفرد والأفكار السلبية، التي توجد لدىالفرد عند تعرضه للموقف الضاغط والإستجابة

البيئيـة مـن الفـرد إزاء مـا يواجهـه مـن مثيـرات ضـاغطة (سـميرة أبـو غزالـة، ٢٠٠٤: ١٢٥).

والضغوط في حياة الفرد متعددة فقد يرجع سببها إلي الفرد نفسه أو إلي طريقة إدراكه للظروف من حوله أو إلي تغيرات بيئية وإذا ترتب على الضغوط إيذاء حقيقيا للفرد فأنه يصبح محبطا وإن لم يلحق به ضررا مباشرا فإنه يعيش حالة مـن الشـعور بالتهديـد والقلـق ويحـاول جاهـدا مقاومـة الموقـف (فيفيـان فـايز, ١٩٩٨: ١٥).

الضغوط كذلك ليست مقصورة على الكبار فقط بل يقاسي من تأثيرها الأطفال أيضـا وتكـون أكثـر صـعوبة بالنسـبة للأطفـال فـي معالجتهـا وذلـك لأنهـم لا يسـتطيعون التفكيـر فيهـا أو مواجهتهـا بـنفس الكيفيـة التـي يواجههـا بهـا الكبـار (Robert, 1993: 318).

وتعرفـه موسـوعة علـم الـنفس والتحليـل النفسـي بأنـه: حالـة يعانيهـا الفـرد حـين يواجـه بمطلب ملح حاد، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك يفقد الفرد قدرته على التوازن و يغير نمط سلوكه (فرج طه وآخرون, ٢٠٠٥: ٤٧٦).

أن الضغوط قد تكون نفسية أو فسيولوجية أوإجتماعية وقد تكون طويلـة الآمد مزمنـة كضـغط نـابع مـن البيئـة مـزمن مثـل الـذين يعـانون مـن أمـراض مزمنـة وهنالك ضغوط مؤقتة تحيط بالفرد لفترة قصيرة ثم تنتهي كظروف الامتحان .. حيث لا يـدوم أثرهـا لفتـرة طويلـة وإذا ترتـب علـى الضـغوط أذى للفرد فسـوف يؤديهذا إلـي شـعوره بالإحبـاط والتـوتر, وحتـى إذا لـم يترتـب عليـه أي أذى أو ضرر فإن الفرد سوف يشعر بالقلق والتهديد النـاتج عن الخبرة السـابقة مع هذا الحدث الضـاغط ... وقد تكون الضغوط موجبة أو سالبة في الأثر النـاتج عنها مع الفرد المتعرض لها (نادية أبو السعود, ١٩٩٧: ١١٣).

وقد أشار كوهين (Cohen,1994: 148) إلي أن الضغط هو التوتر الجسدي أو العقليالذي ينتج عن القلق، وأعباء العمل، ومتطلبات التكيف والتحديات التي تواجه الفرد.

ويعرف جال وآخرون (Gall. et al., 1996) الضغوط بإعتبارها"إستجابات فسيولوجية ونفسية للمواقف والأحداث, والتي تفسد وتربك توازن الكائن الحى. وهي تتولد من مصادر متعددة وتسبب استجابات متباينة بدرجة كبيرة بعضها سلبي والبعض الآخر إيجابي، وبالرغم من دلالتها السلبية فإن الكثيرين يعتقدون أن بعض مستويات الضغوط تعتبر ضرورية للحصول على السعادة والصحة النفسية (حسن مصطفي, ٢٠٠٥: ٢٠).

ويؤكد (عادل الأشول, ١٩٩٣: ١٥) على أن هناك عناصر أساسية تشكل الموقف الضاغط وهي: مصادر الموقف الضاغط، الإستجابة لهذا الموقف الضاغط، ويري أنه بدون هذين العاملين مجتمعين لا يكون هناك مواقف ضاغطة حيث أن مصادر الضغوط بمفردها لا تشكل ضغوطا، كما أن صدور استجابة معينة من الفرد لمواجهة هذه الضغوط هو الذي يجعلنا نقول أن كان هذا الشخص يعاني من الضغوط أم لا.

أن مفهوم الضغط النفسي يتطلب الاهتمام بظروف الحياة المادية والمصادر النفسية والمادية والإجتماعية المتاحة للفرد والتي تمكنه من مواجهة متطلبات وظروف الحياة ... والتدخل المبكر له أفضل الأثر في بداية الأزمة أو عند بداية حدوث الحدث الضاغط بتقديم الدعم المطلوب والكافي الذي يمكن الفرد من تخطى الأزمة بسلام .. أنها مساعدة الأفراد في بناء مستوى مرتفع من القدرة على مواجهة وحل مشكلاتهم الإجتماعية والإنفعالية المعقدة، ومساعدة الأطفال وتعليمهم كيفية التكيف مع الضغوط والمهارات اللازمة للسيطرة على أزمات العمل والأزمات الخاصة بالعلاقات الإجتماعية المقبلة ومواجهة تحديات ومشكلات النمو والتطور (نادية أبو السعود، ١٩٩٧: ١٠٨).

ويعرف (فاروق السيد عثمان، ٢٠٠١: ٩٦) الضغوط بأنها تلك الظروف المرتبطة بالضغط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعا من إعادة توافق عند الفرد مما ينتج من ذلك من الآثار جسمية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك منالصراع والإحباط والحرمان والقلق. وتفرض الضغوط على

الفرد متطلبات قد تكون فسيولوجية أوإجتماعية أو نفسية، أو تجمع بين هذه المتغيرات الثلاثة، ورغم أن الضغوط جزء من حياتنا، إلا أن مصادرها تختلف من فرد إلي آخر.

وأشار (عمر بدران, ٢٠٠٧: ٩) إلي أن الضغط النفسي هو شعور الفرد بعدم الراحة النفسية وتختلف أعراضه من إنسان لآخر، وتختلف معاناة الأطفال من الضغوط عن البالغين، ويعتمد الإحساس بالضغط النفسي على خبرة الفرد وقدرته على تقييم مستوي الضغط.

أما تعريف الضغوط طبقا لما ورد في معجم علم النفس والطب النفسي,هي حالة من الإجهاد الجسمي و النفسي (المشقة) التي تلقي على الفرد بمطالب وأعباء عليه أن يتوافق معها وقد يكون الضغط داخليا أو خارجيا قصيرا أو طويلا فإذا طال هذا الضغط فقد يستهلك موارد الفرد وقد يؤدي إلي إنهيار أداء الوظائف المنظم أو يؤدي إلي التفكك (جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفافي،١٩٩٣:١٢٨).

ويعرف (شاكر قنديل) مفهوم الضغط النفسي بأنه يشير إلي وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه، و بدرجة توجد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن، ويغير نمط سلوك عما هو عليه إلي نمط جديد، وللضغوط النفسية آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد، والضغط النفسي حالة يعانيها الفرد حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود استطاعته أو حين يقع في موقف صراع حاد أو خطر شديد، ومصادر الضغوط في حياة الفرد متعددة قد ترجع لمتغيرات بيئية، كما قد يكون مصدرها الفرد نفسه، أو طريقة إدراكه للظروف من حوله، و إذا ترتب على الضغوط النفسية حدوث أذى حقيقي للفرد يصبح محبطا، وحتى إن لم يحدث ضررا حقيقيا ومباشرا على الفرد فهو يعيش حالة من الشعور بالتهديد (فرج طه وآخرون،٢٠٠٥: ٤٤٥).

كما يعرف الضغط النفسي طبقا لقاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوي الإحتياجات الخاصة بأنها: "حالة تتضمن تعرض الفرد لضغوط نفسية أو عضوية ويحدث ذلك نتيجة لتأثيرات خارجية غير مواتيه بحيث تقضي إلي شعور الفرد بإجهاد شديد لأعصابه ويصعب عليه ضبط نفسه أو التحكم في انفعالاته" (عبد العزيز الشخص،٢٠٠٦: ٤٢٣).

ويري سارفينو (Sarafino, 2002: 71) أن الضغوط النفسية مصطلح يرتبط به ثلاث مصطلحات وهي (الضغط والضواغط والإنضغاط) والضغط Stressهو الظروف الموجودة في بيئة الفرد وتعوقه وقد تنجم عن مطالب البيئة الفيزيقية والنفسية وعوامل خاصة بالفرد.

أما بول مارتن فيري أن الضغوط النفسية تلك الحالة الناجمة عما يدركه الفرد من مطالب حياتية تتجاوز في حدتها مقدار طاقاته وإمكانياته بحيث تمثل تهديدا له (ترجمة عربية،٢٠٠٠: ١٠٠).

ويذكر (صبحي عبد الفتاح, ٢٠٠٠ : ١٠٠) أن الضغوط النفسية عملية تقييم للأحداث التي يواجهها الفرد كمواقف مهددة والإستجابة له عبر تغيرات فسيولوجية وانفعالية وسلوكية, تكشف عن عدم قدرة الفرد على المواءمة بين إمكانياته وما تتطلبه البيئة المحيطة.

ثانيا : تعريفات ضغوط الوالدية Parenting Stress

تعرف فيولا الببلاوي (١٩٨٨: ٤) ضغوط الوالدية بأنها هي الظروف أو المطالب المفروضة على الوالدين في سياق تفاعلهما مع أبنائهما سواء تلك الظروف ناجمة عن طبيعة الوالدين أو خصائصهما أو تلك الناجمة عن طبيعة الطفل وخصائصه أو ضغوط الحياة الأمر الذي يفرض على الوالدين نوعا من التوافق في سياق هذا التفاعل.

كما عرف مارشكلين وأخرون (Marshaklin et al., 1990) ضغوط الوالدية بأنها توتر العلاقة ما بين الوالدين وأطفالهم. وذلك بسبب الخصائص التي

يتصف بها كل من الوالدين وأطفالهم (Abidin and Wilfong,1991: 287).

وذكرت فؤادة هدية (١٩٩٥) أن ضغوط الوالدية المتعلقة بخصائص الطفل هي تلك الخصائص التي يتصف بها بعض الأطفال، وتجعل من الصعب على الوالدين أن يقوما بأدوارهما الوالدية، أما عن ضغوط الوالدية المتعلقة بخصائص الوالدين فهي تلك الخصائص التي يتصف بها الوالدان والتي تؤثر على نظام العلاقة بين الوالدين والطفل وترتبط بأبعاد تتعلق بوظيفة الوالدين.

يعرف ماكوبين Mccubbin الضغوط الوالدية طبقا لنظرية الضغوط الأسرية فيري أنه هو حالة عدم توازن تقع فيها الأسرة عند تعرضها لأي حادث ضاغط وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعاله لحل المشكلة لإستعادة ثبات الأسرة فسوف تستمر حالة عدم التوازن والتي ستؤدي إلي ارتباك السبل والأهداف للأسرة كلها (سمية جميل، ١٩٩٨: ٥٠).

وقد أشار أبيدين Abidin أن ضغوط الوالدية تعني الضغوط النابعة من ملاحظات الوالدين وحياة الأم نفسها، وينبع مستوى الضغوط من إحساس الوالدين وإدراكهم لخصائص الطفل، وهذه الضغوط تشمل خصائص السلوك المتعلق بخصائص الطفل السلوكية وإحساس الطفل بكفاءة الأب في القيام بدوره وتوضيح نوع العلاقة الإجتماعية والدعم الإجتماعي للوالدين وتحمل الدور الوالدي الذي يتطلب استمرار التكيف (فيفيان فايز، ١٩٩٨: ٢١).

كما يعرف (عبد الله العصيمي, ١٩٩٨: ١٠) ضغوط الوالدية على أنها الظروف أو المطالب المفروضة على الآباء والأمهات في سياق تفاعلهم مع أبنائهم.

وأشار كل من محمد السيد ومني خليفة (٢٠٠٣، ٦٢: ٦٣) إلي أن ضغوط الوالدية هي تلك الضغوط التي يتعرض لها الوالدان، وتنجم عن تعرض الوالدين لإجهاد شخصي كالإحباط والاكتئاب والقلق، وأيضاً ضغوط العلاقات الزوجية الناجمة عن المشكلات الزوجية التي تتراوح بين الجدال المتكرر إلي

العنف بين الوالدين مما يؤثر في قيامهما بالدور الوالدي. وهناك ضغوط الرعاية التي تتمثل في قيام الوالدين بدور الرعاية للطفل وضبط سلوكه، وقد تنجم ضغوط الوالدية عن نقص المساندة الاجتماعية، فقد يكون أحد الوالدين منعزلاً، مما يؤثر على كفاءته في القيام بالدور الوالدي.

وكما أشار كل من سكير وشرباني (Scher and Sharabany, 2005: 204) إلي ضغوط الوالدية بأنها الضغوط التي يشعر بها الوالدان عند القيام بأدوار الوالدية وتعتبر هذه الضغوط واحداً من العناصر التي قد تؤثر في الصحة النفسية للآباء وأطفالهم.

وعرفها ميسري وريبي (Misri & Reeby, 2006) بأنها نتاج تفاعل لخصائص الوالدين – والطفل والمتغيرات الموقفية الخارجية.

وعرفتها إيسبا وآخرون (Ispa et al., 2007) بأنها التوترات التي يشعر بها الآباء فيما يتعلق بشخصياتهم والمطالب المفروضة عليهم لكونهم آباء.

ويعرفها أوسبرج وآخرون (Ostberg, et,al.,2007) بأنها الخبرات المرتبطة بشكل مباشر بالمطالب المحددة المفروضة على الوالدين أثناء قيامها بالدور الوالدي.

وينظر أبيدين (Abidin, 1992: 409: 410) إلي ضغوط الوالدية أنها تلك الظروف الناجمة عن خصائص الوالدين وهي (الإكتئاب ونقص الإحساس بالكفاءة الوالدية والشخصية المرضية وقيود الدور الوالدي والرابطة العاطفية للوالدين بالطفل والعلاقة بين الزوجين وصحتهم واختلال الدور الوالدي وفقدان المساندة الإجتماعية), وخصائص الطفل المتمثلة في التوافقية والمزاج (الحالة الانفعالية والنشاط الزائد والإلحاح ونقص تدعيم الطفل للوالدين).

كما أن الوالدية هي شبكة تتكون من العلاقة بين الوالدين وتؤثر فيها شخصيتهما وعملهما وأيضا خصائص الطفل و نموه وتاريخه النمائي.

وقد طور أبيدين مفهوم ضغوط الوالدية وقدم نموذجا مقترحا لضغوط الوالدية بإعتبارها شبكة تتأثر ليس فقط بخصائص الوالدين والطفل وإنما بالبيئة

المحيطة بهما والعمل والعلاقات الزوجية بين الوالدين وأحداث الحياة والسلوك الوالدي الذي يتأثر بمهارات الكفاءة الوالدية ونقص المساندة الاجتماعية وأساليب المواجهة المعرفية.

ثم قام أبيدين و بيرنر (Abidin &Bruner 1995: 34) بتطوير مقياس ضغوط الوالدية وقد عرفا ضغوط الوالدية بأنها ما يستخدمه الوالدان من أساليب تعوق نظام التفاعل بين الوالدين والطفل وتنجم عن خصائص كل من (الوالدينوالطفل وضغوط الحياة) وما يتعرض له الوالدان من أعباء وضغوط في الحياة.

وقد درج بعض الباحثين على النظر للضغوط الوالدية بإعتبارها ضغوط أسرية فتري (سمية جميل، ١٩٩٧: ٥١) أن الضغوط الأسرية ترتبط بتعرض الأسرة لحادث ضاغط يؤثر على حياتها ويجعلها في حالة عدم توازن وإرتباك وذلك بما يفرضه علىها من ممارسات غير متوقعة تحتاج إلي إعادة تنظيم شامل لحياتها وتستمر حالة عدم الإتزان إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لمواجهة هذه الضغوط.

أما كوك وونج (S.kowk & Wong, 2000: 58) ينظر إلي ضغوط الوالدية بأنها تنجم عن علاقة التفاعل بين الوالدين والطفل والتي تتأثر بسلوك الطفل ومدى إدراك الوالدين لأدوارهم الوالدية. وأيضا إدراكهم لسلوك طفلهم وإحساسهم بعدم الكفاءة أثناء القيام بالدور الوالدي. وقد تنجم ضغوط الوالدية من خصائص الطفل (الإنفعالات الحادة والحالة المزاجية والنشاط الزائد) وخصائص الوالدين (الإكتئاب والقلق) والعلاقة بين الزوجين وصحة الوالدين.

يعرف كاربنيل (Carbonell, 1990, 4739) الضغوط الوالدية بأنها تعني ضعف التكيف، وإرتفاع شدة التعبير، وعدم التنبؤ، والنشاط المرتفع، وكافة السمات المزاجية المقلقة.

قدم هيزر (Heather, 2004) تعريفا لضغوط الوالدية بأنها نوع من الضغوط التي تنجم عن خصائص الوالدين ونقص الإحساس بالكفاءة أثناء القيام بالدور

الوالدي والعلاقة بين الوالدين مما يؤثر على فاعلية العلاقة بين الوالدين والطفل.

أما ربيهه (Rebhah 2005:10) ينظر لضغوط الوالدية بأنها شكل من أشكال الضغوط في علاقة الوالدين وتنجم عن عدة مصادر هي العلاقة بين الزوجين والخلافات الأسرية وعدم القدرة على المواءمة بين ظروف العمل والقيام بأعباء الدور الوالدي, وقد تنجم عن خصائص الطفل كإصابته بأمراض مزمنة واضطرابات سلوكية مما يجعل الوالدان يكابدا قدرا هائلا من الضغوط.

وتقدم سيبا وآخرون (A. Sepa et al, 2004, 169: 170) تعريفا لضغوط الوالدية بأنها الظروف الناجمة عن التعارض بين المطالب الموقفية للوالدين والقيام بالدور الوالدي مما يؤثر على العلاقة بين الوالدين والطفل وتفاعلهما معا والرابطة بين الوالدين والطفل.

ويري أنسوني وآخرون (L.G Anthony et al ,2005: 134) أن ضغوط الوالدية تنجم عن خصائص الوالدين والطفل فقد ترجع للتمزق الزواجي واضطراب العلاقة بين الوالدين والإكتئاب والقلق عند الوالدين وأيضا ينجم عن خصائص الطفل وحالته الإنفعاليةوالصحية وأحداث وضغوط الحياة.

وسوف تتبني الباحثة تعريف فيولا الببلاوي (١٩٨٨: ٤) ضغوط الوالدية بأنها هي الظروف أو المطالب المفروضة على الوالدين في سياق تفاعلهما مع أبنائهما سواء تلك الظروف ناجمة عن طبيعة الوالدين أو خصائصهما أو تلك الناجمة عن طبيعة الطفل وخصائصه أو ضغوط الحياة الأمر الذي يفرض على الوالدين نوعا من التوافق في سياق هذا التفاعل, وذلك في ضوء المقياس المستخدم.

ثالثا : مصطلحات مرتبطة بضغوط الوالدية

هناك بعض المصطلحات التي لها علاقة بضغوط الوالدية والمتداخلة معها وفيما يلي عرض لتلك المصطلحات بشئ من التفصيل :

أساليب التنشئة الوالدية parental Upbringing

التنشئة الوالدية هي إحدى وكالات التنشئة الاجتماعية أو التطبيع الاجتماعي، ونعني بها، كل سلوك يصدر عن الوالدين(أحدهما أو كليهما)، ويؤثر على الطفل وعلى نمو شخصيته، سواء قصد بهذا السلوك التوجيه والتربية أم لا، ويدخل ضمن التنشئة الوالدية العمليات الآتية :

١. التأثير الذي قد يتعرض له الطفل من جراء استجابة الوالد أو الوالدة أو كليهما لسلوكه.

٢. التأثير الذي يتعرض له الطفل من جراء أساليب الثواب والعقاب التي يتخذها الوالدين بقصد تعليمه أو تدريبه.

٣. التأثير الذي قد يتعرض له الطفل من جراء اشتراكه في المواقف الاجتماعية التي يتيحها له الوالدان بهدف تعليمه الأساليب الصحيحة للسلوك.

٤. التأثير الذي قد يتعرض له الطفل من جراء التوجيهات المباشرة والتعليمات اللفظية التي يوجهها الوالدان بقصد توجيهه إلي الأساليب الصحيحة في السلوك.

٥. التأثير الذي قد يتعرض له الطفل من جراء التعارض بين أسلوب الوالدين أحدهما أو كليهما في طريقة تربية الطفل، وأسلوب معاملته (علاء الدين كفافي، ١٩٩٠: ٢٣٥).

الضغوط الوالدية parental Stress

هي ضغوط صادرة من الوالدين نحو الأبناء لتحقيق غايات معينة، فهي كل ما يمارسه الوالدان من ضغوط على أحد الأبناء بغية تحقيق أهداف وغايات معينة **(نور الدين طه، ٢٠٠٢: ٣٢).**

الضغوط الأسرية Family Stress

عرفت سمية جميل (١٩٩٧: ١٥) الضغوط الأسرية بأنها تلك الضغوط التي ترتبط بتعرض الأسرة لحادث ضاغط يؤثر على حياتها ويجعلها في حالة عدم توازن وارتباك، وذلك بما يفرضه عليها من ممارسات غير متوقعة تحتاج إعادة تنظيم شامل لحياتها، وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لمواجهة هذه الضغوط.

الضغوط الوالدية كمايدركها الأبناء Parental Stresses As Perceived by Children

يعرف كلا من إسهام أبو بكر وعاشور دياب (٢٠٠٣: ٢٧٧) الضغوط الأسرية كما يدركها الأبناء بأنها تلك الظروف أو المطالب المفروضة على الأبناء في سياق تفاعلهم مع الوالدين أو المطالب الناجمة عن طبيعة الأبناء وخصائصهم الأمر الذي يفرض نوعا من التوافق في سياق هذا التفاعل.

رابعا : الفرق بين ضغوط الوالدية Parenting Stress والضغوط الوالدية Parental Stress

فضغوط الوالدية هي تلك المطالب المفروضة على الوالدين في سياق تفاعلهما مع الطفل فقد تنجم عن خصائص الوالدين(كالقلق، الإحباط، الإكتئاب، صحة الوالدين) ونقص كفاءة الوالدين في القيام بأعباء الدور الوالدي ومطالب رعاية الطفل وأيضا خصائص الطفل كأن يعاني الطفل من أمراض مزمنة، اضطرابات سلوكية، نشاط زائد وحالة الطفل الإنفعالية) وكذلك ضغوط الحياة والتي تلقي بظلالها أيضا على الأسرة، فضغوط الوالدية قد يكون مصدرها داخليا ناجما عن خصائص الوالدين أو مصدرها خارجيا ناجما عن خصائص الطفل أوضغوط الحياة.

بينما الضغوط الوالدية هي ما قد يمارسه الوالدان من أساليب تفوق قدرات الطفل وإمكانياته وتعوق توافقه الشخصي والإجتماعي وأيضا ما يتعرض له الطفل من خبرات سلبية قد تنجم عن اضطراب العلاقة بين الوالدين, وهناك

مصادر عديدة للضغوط الوالدية كما يدركها الآبناء وهي خمسة مصادر رئيسة وهي :

١- التسلط الوالدي : ويتمثل فى فرض الوالدين سلطتهما على الطفل واستخدام أسلوب الضبط الصارم فى التعامل مع الطفل والتدخل الزائد فى شئونه والتوقعات الوالدية الزائدة بغض النظر عن قدراته وإمكاناته.

٢- القسوة الوالدية : وتتمثل في إلحاق الإيذاء النفسي والجسدي بالطفل وما يترتب عليه من آثار على شخصية الطفل كالخوف والقلق.

٣- الإهمال الوالدي : يتمثل في ترك الطفل دون توجيه وإرشاد له ودون إشباع لحاجاته النفسية والعضوية.

٤- التفرقة الوالدية : وهي عدم العدالة فى معاملة الآبناء وتفضيل أحدهم على الآخر مما يؤدي لتنمية الغيرة والحقد لدى الآبناء.

٦- اضطراب العلاقة بين الوالدين : وهي ما تتسم به العلاقة بين الوالدين من خلافات ومشاحنات وصراعات وتفتقد الود والرحمة والتفاهم وما لهذا من آثار على شخصية الطفل وصحته النفسية. مما يجعله يفقد الإنتماء للاسرة ويشعر بالخوف والقلق وانعدام الأمن بداخلهذا المناخ الأسري المضطرب (مروة محمد حسن, ٢٠٠٧: ٢٦, ٣٦).

خامسا : مصادر ضغوط الوالدية

ترجع أهمية دراسة ضغوط الوالدية لما لها من آثار سلبية على صحة الفرد النفسية والجسدية, كما أن تلك الضغوط لها القدرة على تشتيت طاقة الفرد العقلية, وتقليص قدرته على السيطرة على انفعالاته وتصرفاته, ومن أهم المصادر المسببة لضغوط الوالدية :

- ضغوط الوالدية الناجمة عن خصائص الوالدين.
- ضغوط الوالدية الناجمة عن خصائص الطفل.
- ضغوط الوالدية الناجمة عن البيئة المحيطة وظروفها.

وسنتناول تلك المصادر بشئ من التفصيل:

ضغوط الوالدية المتعلقة بخصائص الوالدين :

هي تلك الخصائص التي يتصف بها الوالدان والتي تؤثر على نظام العلاقة بين الوالدين والطفل، والتي ترتبط بأبعاد تتعلق بوظيفة الوالدين (فؤاده هدية، ١٩٩٥: ٧٣).

وتؤثر ضغوط الوالدية على كفاءة الوالدين فيأداء الدور الأسرى المنوط بهما وكذا تؤثر على علاقتهما بطفلهما وعلى جودة الحياة الأسرية أيضاً، حيث تلعب الخصائص الشخصية المتعلقة بالوالدين دوراً لا يباليفي انتظام حركة الحياة داخل الأسرة وخصوصاً بين الوالدين والأبناء في استمرار دينامية التواصل لدى أبعاد مثلث العلاقة الأسرية، ولهذا فقد تخلق الظروف المضطربة، وكذا بعض الخصائص التي تتعلق بالوالدين جواً مشحوناً بالانفعالات السالبة داخل الأسرة، ومن تلك الخصائص (اكتئاب أحد الوالدين، ونوعية الرابطة الانفعالية وخصوصاً السالبة، والقيود المتعلقة بالدور الوالدي، ومستوى كفاءة الدور الأسري، والعزلة الاجتماعية، وكذا اختلال العلاقة الزواجية واعتلالها والشعور بالإحباط، والصراع، والطموح الزائد للوالدين) كلها عوامل ترتبط بصورة سلبية بجودة العلاقة بين الطفل والوالدين وتؤثر ايضاً على الإحساس بالضغوط وكيفية التعامل معها في إطار الحياة الأسرية وفيما يلي تناول لكل هذه العوامل بصورة أكثر وضوحاً:

١- الإكتئاب :

لقد اعتقد علماء النفس والمعالجين أن الاكتئاب الإكلنيكي من الممكن أن يحدث بسبب أحداث الحياة الضاغطة في البيئة المحيطة بالفرد (Kaplan et al.,1993.117).

وعرف أحمد عبد الخالق (١٩٩٩: ١٠٤) الإكتئاب Depression بأنه حالة انفعالية عابرة أو دائمة تتصف بمشاعر الانقباض والحزن والضيق، وتشبع فيها مشاعر كالهم والغم والتشاؤم والقنوط والجزع واليأس والعجز. وتترافق هذه

الحالة مع أعراض تمس الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية والجسمية تتمثل في نقص الدافعية وعدم القدرة على الاستمتاع وفقدان الوزن، وضعف التركيز ونقص الكفاءة والأفكار الإنتحارية.

ويظهر الوالدان المكتئبان مستويات عالية جداً من الغضب، والميل بسهولة إلي الإثارة عند التعامل مع اطفالهم، وتكون تفاعلاتهم الايجابية مع هؤلاء الأطفال أقل كما أن هناك علاقة قوية بين الاكتئاب الوالدي ومشكلات التوافق مع أطفالهم كما يؤكد كونجر وآخرون على أن هناك علاقة إيجابية بين الاكتئاب الوالدي وأحداث الحياة الضائعة (Conger et al., 1995: 93).

وتوصلت العديد من الدراسات إلي أن هناك علاقة بين الاكتئاب النفسي وجودة الوالدية، وتعد هذه العلاقة متوقعة لسببين :

أولاً : أن العرض الرئيسي للإكتئاب هو قلة الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية والمواقف التي يعتبرها الفرد مصدراً لسعادته، وعادة ما يصبح الشخص المكتئب حاد الطباع عندما تتم دعوته للمشاركة في تلك الأنشطة، وهكذا فإن الشخص المكتئب تكون تعبيراته حادة وغير مكترس بالآخرين من حوله وبما فيهم الأبناء.

ثانياً : فقد توصلت بعض الأبحاث إلي أن الإكتئاب مصحوباً بجذور فكرية عميقة مكتسبة من البيئة المحيطة والتي تشجع على الإدراك الساخر والتشاؤمى للبشر والأحداث، وكنتيجة لذلك فإن الأشخاص يميلون إلي عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية، بما فيها علاقاتهم بأطفالهم. وقد توصلت بعض الدراسات أيضاً إلي أن الأمهات المكتئبات يكن أكثر ميلاً إلي ادراك أن أطفالهم يمثلون لهم مشكلة من الأمهات غير المكتئبات (Simons,1996,83: 84).

٢- الرابطة العاطفية بالطفل :

أشارت إيسبا (Ispa) 2007 إلي أن العلاقة بين مشاعر النساء وأفكارهن عن الرابطة العاطفية بالطفل تبدأ قبل الولادة حيث أن أبناء الأمهات غير

المتقبلات لهم منذ بداية الحمل، يكونوا سلبيين وغير آبهين لما يدور حولهم بالمقارنة بأبناء الأمهات المتقبلات لأطفالهن منذ بداية الحمل.

ولا شك أن الأسرة هيأكثر الوسائط والمؤسسات الاجتماعية تأثراً بالأحداث التي يمر بها الفرد والمجتمع، فالأحداث الضاغطة السلبية التي تتعرض لها الأسرة تؤديإلي حدوث خلل في وظائفها وفعاليتها وتحدث أثاراً وعواقب وخيمة على أعضاء الأسرة (طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، ٢٠٠٦: ١٨٣).

فقد أشارت فيولا الببلاوي (١٩٨٨: ٢٨) إلي أنه من المفترض وجود مصدرين محتملين للضغوط المرتبطة بالاختلال الوظيفي نظام العلاقة بين الوالدين والطفل وهما :

المصدر الأول : ويتحدد في أن الأم أو الأب لا يشعران بإحساس من التقارب العاطفي مع الطفل، وقد يؤدي نقص هذه الرابطة العاطفية إلي أسلوب بارد من التفاعل بين الوالدين والطفل.

اما المصدر الثانى : لهذا الاختلال الوظيفي، فهو عجز الوالدين الحقيقي عن المعرفة والفهم الحقيقين لمشاعر طفلها وحاجاته.

كما توصلت دراسة ليندسلي وآخرون (Lindsley et al.,2009) إلي أن الرابطة العاطفية السلبية المتبادلة بين الطفل ووالديه تؤدي إلي شعور الأم بالصراع، كما ينعكس ذلك على السلوك الذي ينتهجه عند اللعب مع أقرانه.

وتعتمد فاعلية الوالدين كمعلمين في العلاقة العاطفية مع طفلهما وعلى طرق الضبط الدائمة في الاحتفاظ بقبول الوالدين، ويشعر الطفل بالتهديد لمجرد تخيله أنه سوف يفقد حب والديه، لذلك يتنازل عن الحاجة إلي القيام بأشكال السلوك الغير مرغوب فيه، أما إذا كانت العلاقة بالوالدين تتسم بالقسوة والعدوانية تصبح عملية التهديد بفقد حب الوالدين غير فعالة حيث لا يجد الطفل ما يخاف أن يفقده, فالعلاقة بين الأم والصغير لها خصائص وجدانية نوعية تميزها عن أية علاقة اخرى، وهي ليست العلاقة الوحيدة ذات الأهمية، وصحيح أن الأم عادة ما يكون لها اتصال مكثف بصغار الأطفال إلا أن

العلاقة بالأب والأخوة أيضاً لها أهميتها، فالطفل الذي يفشل في تكوين رابطة وجدانية بأبيه في الطفولة المبكرة، ربما لا يمكنه إقامة علاقة حميمة معه فيما بعد فكلا الوالدين يؤثر في نمو الطفل (نادية أبو السعود، ٢٠٠٨: ١٤٥).

وتتفق إيسبا (Ispa 2007) مع ما سبق في أن ضغوط الوالدية تؤدي إلي عدم قدرة الأطفال على الشعور بالدفء والاحساس بالتعلق الآمن بالأم، حيث وجد أن هناك علاقة عكسية بين ضغوط الوالدية وكل من التعلق الآمن للأطفال بأمهاتهم، ودرجاتهم على مقياس الوظائف المعرفية، وبالتالي فإن ضغوط الوالدية تكون عنصر خطير على نمو الطفل الانفعالي.

وحين نحلل الظواهر السلبية بين أفراد الأسرة من قبيل ضعف الروابط الوجدانية بين اعضائها، وانقطاع الحوار، والتراشق اللفظي، والإنفجارات الإنفعالية المتبادلة، والطلاق وهروب الأبناء، وتفاقم النزاعات العنيفة سواء بين الوالدين أو فيما بين الأخوة، سنجد أن نقص التوكيدية يسهم في نشوئها، وهناك نماذج متعددة لتلك الممارسات غير التوكيدية التي ترسي هذا المناخ غير المواتي من قبيل الامتناع عن توجيه الشكر للأم حين تأتي للأبن بما يريد، أو عدم نقد تصرف غير ملائم من أخ، أو عدم التعليق على قرار اتخذه الأب (طريف شوقى فرج، ٢٠٠٢: ٣٦).

٣- مدي الإحساس بالكفاءة :

يشعر الوالدان بالكفاءة عندما يقومان بالدور الوالدي كما ينبغي. فالصورة الوالدية ليست نموذجية أو مثالية، ولكن يبدو الوالد فيها على علاقة طيبة مع الابن. وتوجد المواقف التي لا يستجيب فيها الوالد لرغبات الأبن، والمواقف التي يختلف فيها الأثنان في الرأي، ولكن الوالد يسمح فيها بالاختلاف، ويشعر الأبن أحياناً بالحنق على الولد، ولكنه يعبر عن حبه وتقديره له في معظم الأحيان. والوالد بصفة عامة ليس سلبيا, بل حاضرا في المواقف المهمة بالنسبة لنمو الطفل, وليس قاصرا, حيث أن القرارات المهمة بيده, مع إدراك الأبن لهذه الجوانب جيدا, وتبدو الوالدة في صورة الأم المانحة للحب والعطف

والحنـان, وهـي ليسـت سـلبية أيضـا. فهـي بجانـب وظيفتهـا فـي رعايـة الأبـن تعارضه في بعض المواقف, ولكنها الأم التي لا تبالغ في استغلال موقفها كأم لإلزام الأبن بسلوك معين, أي أنها لا تلجأ إلي الإبتزاز العاطفي (علاءالدين كفافي, ١٩٩٠: ٢٢٣).

واتفقت فيولا الببلاوي (١٩٨٨: ٢٩) مع ما سبق في أن الكثير من الآباء ينقصهم الخبرة من حيث المعرفة والمهارات اللازمة للتعامل مع الطفل, ونقص الإستعداد الشخصي للقيام بواجبات ومسؤوليات الأدوار الوالدية, وقد لا يجدان في الدور الوالدي إثابة وتدعيما خلاقا لما كانا يتوقعان,وأمهات (أو آباء) كهؤلاء يتملكهن شعور بثقل دورهن وبعبء مسئوليات هذا الدور.

وقد وجد كلاً من كارسون وزيرسكي (١٩٩٩) أن الرجال الذين أصبحوا آباء في السن المناسب تكون الضغوط المصحوبة بالوالدية لديهم أقل بالمقارنة بالرجال الذين أصبحوا آباء في عمر مبكر. كما أن الآباء المراهقين من المحتمل أن يكونوا في خطر كبير بسبب ضغوط الوالدية الناتجة عن عدم حصولهم على تعليم جيد، ونقص فرص العمل، والشعور بعدم الكفاءة ونقص المهارة في القيام بالدور الوالدي، والصعوبات التي تواجههم في علاقاتهم بأمهات أطفالهم. وبالرغم من أن كل عنصر من هذه العناصر ربما يكون له تأثير سلبي على اندماج الآباء مع اطفالهم، فإن مجموعة الضغوط المتعددة ربما يكون لها تأثير إضافي على اندماج الآباء مع أطفالهم، فإن مجموعة الضغوط المتعددة ربما يكون لها تأثير إضافي على الآباء في قيامهم بمهام الوالدية (Fagan Jay, 2007: 3).

ولقد ثبت تجريبياً، أن المستويات القليلة من الضغوط ربما تقود إلي إحساس الوالدين بعدم الكفاءة والفاعلية، والتي تتمثل في عدم قدرة الوالدين على الاحساس بطفلهما وعدم معرفة حاجته ورغباته والاستجابة لها بشكل فعال (Joshi, & Gutierrez, 2006).

كما أن الوقت الذي يرعى فيه الآباء الأبناء يتم تقليصه وذلك بسبب المشكلات اليومية والصراعات المتراكمة والتي أصبحت من ضمن الروتين اليومى (Halme etal., 2006: 15).

٤- العزلة الاجتماعية :

العزلة الاجتماعية هي شكل متطرف من الإضطراب في العلاقات، وتعني الاجتماعية، الصحبة والتفاعل مع المجموعة والشعور بالانتماء، أما العزلة فتعني الإنفصال عن الآخرين وبقاء الشخص منفرداً وحيداً معظم الوقت (نادية ابو السعود ، ٢٠٠٨: ١٦٦).

إن الإحساس بالضغوط الوالدية يكون مرتبطاً قوياً بقلة العلاقات الاجتماعية، ونقص دعم شبكات العمل، وندرة المواقف التي يشعر فيها الأب بالإلتقاء مع طفله ليتولد من خلال ذلك تأثير سلبى للأبوين في أهم الأجواء والبيئات التي يعيشون فيها. ومن هنا ربما يدرك الآباء الوالدية كعنصر مستقل بصرف النظر عن هويتهم وكعامل من عوامل قصر حرياتهم (Halme,et al.,2006: 15).

وتتفق كل من مسري وريبي (Misiry & Reeby, 2006) مع ما سبق في أن الإكتئاب المصحوب بضغوط الوالدية يؤدي إلي العزلة الإجتماعية، والشعور بضغوط الدور الوالدي، وعدم الإحساس بالكفاءة الوالدية.

وقد اشارت فيولا الببلاوي (١٩٨٨: ٣٠) إلي أن الوالدين يعيشان في عزلة اجتماعية عن أقرانهم وأقاربهم وعن مصادر الحصول على التأييد أو السند الانفعإلي Emotional Support وفي كثير من الحالات تكون العلاقات مع الزوج أو الزوجة متباعدة وينقصها الدعم اللازم للقيام بالدور الوالدي – وفي الغالب تلقى مسئوليات رعاية الطفل إهمالاً وتزداد احتمالات تعرض الطفل للخطر أو الإيذاء أو سوء المعاملة للطفل Child Abuse.

وتعاني الأسرة من العزلة الإجتماعية والثقافية إذا دمغت بسمعة سلبية أو عرف عنها بعض العادات والممارسات غير الطيبة فإن الأسر الآخرى تبتعد عنها،

كما أنها تبتعد عن الأسر الآخرى أيضاً مما يجعل أفرادها يشعرون بالعزلة. ومما لا شك فيه أن شعور الأسرة بالعزلة يعمل على تفاقم ونمو العمليات المرضية، ومن إحتمال إنجاب الأسر لأبناء مضطربين (علاء الدين كفافي،١٩٩٠: ٢٢٩).

٥- العلاقة بين الزوجين :

إن جودة العلاقات الأسرية تؤدي دوراً مهماً في نمو الأطفال نفسياً واجتماعياً وانفعالياً (Stadelmann, et al., 2007,996).

وتعد العلاقات والتفاعلات الأسرية أساس استقرار المناخ الأسري، وتشمل العلاقات الثنائية بين الوالدين، وبين كل منهما والأبناء، وبين الأبناء وبعضهم البعض، ويبدو أن العلاقات الأسرية الموجبة هي التي يسودها الانسجام والتفاهم، وبالتالي فإنها تهيئ للأبناء مناخاً أسرياً صحياً مشبعاً بالطمأنينة والأمان، والذي بدوره يعزز استعدادات الأبناء للتعامل مع الضغوط التي يتعرضون لها. بينما يؤدي اضطراب هذه العلاقات وعدم استقرارها إلي عواقب وخيمة على نمو الطفل وصحته النفسية، فالتفكك الأسري يصدى العلاقات الزواجية، ويؤدي إلي المنازعات والخلافات المستمرة، ومشكلاتهم النفسية، وما يترتب عليها من مشاعر تعاسة وقلق وألم يعوق النمو الانفعالي الاجتماعي للطفل، ويضعف من ثقته بأسرته ووالديه (عبد المطلب القريطي, ١٩٩٨: ٤٥٣).

وقد اتفق كل من طه عبد العظيم، وسلامة عبد العظيم (٢٠٠٦: ١٨٤) مع ما سبق في أنه، كلما كان الجو النفسي الذي يشيع بين أفراد الأسرة متوتراً ومشحوناً بالخلافات والخصومات والشجار بين الوالدين ولا سيما حينما يقع ذلك أمام أعين الأبناء فإن ذلك تنعكس آثاره بصورة سلبية عليهم، وبالتالي فإن ما يسود الحياة الأسرية من توتر وصراع يقلل من درجة التماسك والترابط داخل الأسرة ويجعل الأبناء يعانون كثيراً من الضغوط ويكونون عرضة للتشرد والإنحراف، وهكذا بقدر ما يكون الجو النفسي في الأسرة سوياً بقدر ما يكون

ذلك عاملاً مهماً يسهم في تكيف اللأبناء مع متطلبات البيئة التي يعيشون فيها.

ورأى محمد بيومى خليل (١٩٩٩: ١٦) أن الزوجين اللذان يتبادلان فيما بينهما أساليب معاملة زوجية سوية لاشك أنهما سيتبعان مع أبنائهما أساليب معاملة والدية سوية، والعكس صحيح مما ينعكس إيجابياً وسلبياً على نفسية الأبناء، حيث ذكر بعض الباحثين "أن الفرد المريض ما هو إلا سفير لأسرته المريضة، وأن لجوءه للعلاج النفسي بمثابة طلب العون والعلاج لأسرته التي هي المريض الحقيقي".

كما أن العلاقات الأسرية المختلفة تجعل الوالدين أقل تقبلاً لأطفالهما، بمعني أن يكونا أقل دفئاً وأقل عاطفة، وأقل في مساندتهما الإنفعالية لهم، كما يقل التعلق أيضاً في مثل هذه الأسر قياساً بآباء الأطفال والمراهقين الأسوياء. وتتسم الأسر ذات العلاقات الأسرية المختلفة بـ :

- انخفاض مستوي المساندة.
- زيادة الجانب الدفاعي فيها.
- انخفاض مستوي المشاركة في الأنشطة بين اعضاء الأسرة.
- السيادة أو الهيمنة الزائدة والواضحة من جانب عضو واحد من أعضاء الأسرة (عادل عبد الله، ٢٠٠٠: ٤٢).

٦- صحة الوالدين :

ويشير مصطلح الصحة إلي الخلو من الأمراض بدرجة ما كإحساس الأب أو الأم العام بالصحة النفسية والجسدية. وبشكل عام، فإن المزاج الذي يسبب ضعفاً بشكل أساسي هو إحساس الوالدين بالذنب، وعدم المساعدة وعدم الرضا بالحياة (Halme et al., 2006: 15).

ويري مور وآخرون (Moore et al., 2005: 13) أن هناك عدة عوامل تؤدي إلي الإحساس الشديد بضغوط الوالدية منها المرض الشديد، وعدم القدرة على العمل المتواصل، وعدم حصول الوالدين على قسط كاف من التعليم.

وتخلق المشكلات الصحية عند أحد الوالدين أو الوالدين معاً جواً من التعاسة والإحساس بالضغط المستمر وذلك نتيجة إلي سهولة استثارة الأب أو الأم المريضة، وعدم قدرته (أو قدرتها) على تحمل ولو جزء بسيط من الضغوط، وتؤدي هذه المشكلات التي يعانى منها أحد الأبوين أو كليهما إلي الشعور بالتقصير في أداء الدور الوالدي المنوط به، والإحساس بالعجز والدونية مما ينعكس بالسلب على الأبناء، كما أن المشكلات النفسية عند الوالدين والسلوك الشاذ يؤدي إلي عدم استقرار الجو الأسري، فهي تؤثر على الصحة النفسية للطفل، الأمر الذييؤديإلي شعوره بالإكتئاب أو القلق والاضطرابات النفسية (عمر بدران، ٢٠٠٧: ٢٥).

وقد تكون الحالة الصحية للوالدين سبباً لضغوط إضافية تؤثر ولا شك في العلاقة الوالدية، كما أنها قد تكون نتيجة للضغوط التي تواجه الوالدين (أو أحدهما)، فنقص الدعم من الشريك يمثل ضغطاً سلبياً على الطرف الآخر ويؤثر على الحالة النفسية، ومدى التوافق النفسي والإجتماعي، كما أن قيام طرف واحد بمسئوليات الوالدية ومهامها يجهد هذا الوالد جسمانياً ويؤثر على حالته الصحية (نادية أبو السعود، ٢٠٠٨: ١٧١).

كما أن تعرض أحد أعضاء الأسرة لمرض مزمن فإن ذلك يمثل ضغطاً كبيراً على الأسرة ككل، ولذلك إذا لم يتعاون أفراد الأسرة معاً للتغلب على هذه الأزمة فإنهم يشعرون بالإحباط والحزن الشديد والخوف والغضب، وربما قد يؤدي ذلك إلي جعل الأسرة تعانى من اضطرابات مادية ناشئة عن توقف أو نقص الدخل أو زيادة النفقات، وهذا ينعكس سلباً على الأبناء ويمثل ضغطاً رئيسياً لهم (طه عبد العظيم،وسلامة عبد العظيم، ٢٠٠٦: ١٨٨).

واتفقت دراسة اذنهور وآخرين (Eisenhower et, al., 2009) مع ما سبق حيث توصلت إلي أن أمهات الأطفال المتأخرين في النمو الطبيعي عن أقرانهم تعانين من حالة صحية ونفسية سيئة.

كما أشار مسرى (Misri et al., 2006) إلي أن الإكتئاب الذي يصيب الأم بعد الولادة يكون عنصراً ضاغطاً مرتبط بالوالدية ومن المحتمل أن يؤثر على العلاقة الثنائية بين الأم وطفلها. ويكون إكتئاب ما بعد الولادة عبئاً كبيراً بالنسبة للأم، حيث يؤثر على قدرتها على مواجهة أحداث الحياة، التي تشتمل على القيام بمهام الوالدية. وبالتإلي فإن ضغوط الوالدية الأولية يكون لها نتائج سلبية على كل من الوالدين والطفل.

فقد رأت فوقية حسن رضوان (٢٠٠٦، ٨: ٩) أن هناك خصائص نفسية واجتماعية لذوي الإعاقة النفسية منها : (فتور المشاعر، والتوتر والكبت، والقلق، والإكتئاب والشعور بالنقص، وعدم التحكم في الانفعالات، والغضب السريع، والإنفعالات السلبية لأقل الأسباب، وعدم المشاركة الاجتماعية المتصلة بالعمل أو الأسرة، والشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية، وتكوين مفهوم ذات سلبي عن الذات الاجتماعية، وعدم المشاركة في الحديث لوقت طويل، والشعور بالذنب وخاصة في حالة إدراكه لعدم القدرة على الوفاء بأعباء الحياة الشخصية والاجتماعية).

ضغوط الوالدية الناجمة عن خصائص الطفل :

تعد خصائص الطفل جزءاً أساسياً في النظام الوالدي والأسري، فبعض الأطفال يتصفون بخصائص تعتبر عائقاً أمام الوالدين في أداء دورهما الوالدي، أو تمثل مصدراً من مصادر الضغوط الإضافية على الدور الوالدي، كأن يكون الطفل غير قادر على التوافق مع البيئة المحيطة به، أو مخيباً لآمال الوالدين، أو يكون طفلاً لحوحاً، ومتقلب المزاج ورافضاً لوالديه، أو يعاني من النشاط الزائد أو يعاني من مرض مزمن أو إعاقة من الإعاقات.

وفيما يلي عرض لتلك الخصائص بشئ من التفصيل :

١- التوافق :

ويكون لسوء توافق الطفل جذوره في سلوك الوالدين ولذلك فإن الطفل حينما يعجز عن التوافق مع المتغيرات البيئية المحيطة به فإن ذلك يكون مصدر

إحباط للوالدين، لأنهما يبذلان جهداً كبيراً في محاولتهما تنمية علاقة مع طفلهما، ويشعر بعض الآباء بالنبذ والرفض من جانب طفلهما، وهناك أمثلة على سوء توافق الطفل، كأن يعجز في التوافق حينما ينتقل من عمل أو نشاط إلي آخر، أو يتجنب الغرباء، أو يجد الوالدان صعوبة في تهدئته في حالة اضطرابه إلي غير ذلك من المواقف التي تدل على سوء توافق الطفل (فيولا البيلاوي، ١٩٨٨: ٢٤).

مما يشكل عبئاً على الوالدين، وضغطاً عليهما وذلك لمسؤوليتهما المباشرة عن تعديل سلوك طفلهما وتدريبه على السلوك التوافقي السليم وهذا ليس بالأمر السهل.

وهناك دلائل محددة تشير إلي أن الطفل يعاني من مشكلات تؤثر على توافقه ومن تلك الدلائل :

١. قلق مزمن ومستمر أو خوف مسيطر على الطفل لا يتناسب مع الواقع.
٢. أعراض اكتئاب، مثل فقدان الاهتمام المتزايد أو الانسحاب وتجنب الناس.
٣. تغير مفاجئ في مزاج الطفل وسلوكه.
٤. اضراب النوم.
٥. اضطرابات الشهية.

كما تشير النتائج التي توصل إليها بعض الباحثين إلي أن الآباء الذين يعاني آبناؤهم من مشكلات سلوكية يشعرون بالقلق والإحباط في محاولتهم تنمية علاقة مع أطفالهم (نادية أبو السعود, ٢٠٠٨, ١١٩: ١٢٠).

٢- التقبلية :

إن تقبل الطفل للوالدين يجعل عملية تنشئته تسير بطريقة سلسة خالية من الصراعات, كما أن تقبل الوالدين للطفل يساعد على إستقرار الجوالأسري، كما يساعد ايضاً على قدرة الوالدين على التكيف مع ضغوط الحياة اليومية.

وأضــافت فيــولا البــبلاوي (١٩٨٨: ٢٥) أن الطفــل قــد يتصــف بــبعض الخصـائص الجسمية والعقليـة والإنفعاليـة التـي تـؤثر علـى مدي تقبل الطفل، فالطفل ليس جذاباً أو ذكياً أو ساراً كما كان يتوقع أو يأمل الوالدان.

ويؤدي إدراك الأبناء لعدم تقبلهم من الوالدين بسبب الإعاقة أو مرض مزمن أو تصرفات غير مقبولة صادرة عنهم إلي تأثير ضار على تقبل الأبناء لذواتهم وللآخرين، وكذلك فإن ثمة علاقة بين إدراك الأبناء للرفض الوالدي وظهور عدد من الصفات السلبية لدى هؤلاء الأبناء، مثل العدوان والتقدير السلبي للذات، وعدم الشعور بالكفاية، وينعكس ذلك على النمو الإنفعالي وعلى شخصة الأبناء المستقلة، في حين أن إدراك الأبناء أنهم مقبولون من الوالدين يؤدي إلي عدم شعورهم بالنقص، ويجعلهم أكثر ثقة في أنفسهم، وإدراكهم للاتجاهات السوية للآباء له تأثيره الإيجابى على نمو الصحة النفسية السليمة لدي الأبناء، ومن ثم تقبلهم لأنفسهم وللآخرين يكون إيجابياً (مجدى دسوقي, ١٩٩٦: ٥٨٨).

واتفق كل من طه عبد العظيم وسلامة عبد العظيم (٢٠٠٦، ١٨٤) مع ما سبق، في أن القسوة والعقاب والرفض وغيرها من الأساليب الوالدية غير السوية تزيد من فرص تعرض الأبناء للضغوط، حيث لا تكون الفرصة مواتية أمامهم في ظل هذه المعاملة الوالدية السيئة إلي التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم، وتجنب التفاعل الإيجابي والمعاملة السوية من الآباء نحو الأبناء والتي تتضمن التقبل والمناقشة والتشجيع وقضاء بعض الوقت معهم وإتاحة الفرصة أمامهم للتعبير عن المشاعر والأفكار ومنحهم الدفء والحب، وتؤثر إيجابياً على مستوى الصحة النفسية والتوافق النفسي لديهم.

هذا إلي جانب أن الرفض والإهمال أو نقص الرعاية يؤدي إلي الشعور بعدم الأمن والشعور بالوحدة عند الطفل، أو الشعور العدائي والتمرد، وأيضاً عدم القدرة على تبادل المشاعر، والتعامل مع الآخرين بعصبية (عمر بدران, ٢٠٠٧: ٢٨).

ومن العوامل التي تؤثر على تقبل الوالدين للطفل أو رفضه أيضاً، "نوع الطفل", وما إذا كان من النوع المرغوب فيه أم لا، وأيضاً الخصائص التي يحملها الطفل في المستقبل وما إذا كانت من الخصائص التي يميل إليها والديه وتحقق طموحاتهما وآمالهما أم لا، وما إذا كانت الأسرة ترغب في إنجاب طفل في هذا الوقت، وظروفها الإقتصادية تسمح بوجود هذا العضو الجديد بما يفرضه من التزامات مادية أم لا، وكذلك ما يفرضه من تغيرات تحدث في حياة الأسرة ونظامها اليومي ومسئولياتها، كل هذا يؤثر على تقبل العطاء والاهتمام، واللذين يؤثران بدورهما في عملية التفاعل الأسري وكذلك في نمو شخصية الطفل (نادية أبو السعود، ٢٠٠٨، ١٢٢).

٣- كثرة المطالبة والإلحاح :

أن كثرة مطالب الطفل وكثرة إلحاحه وصراخه تشيع جواً من التوتر والضغط داخل الأسرة ككل وخصوصاً الوالدين.

فقد اشار هالم وآخرون (Halme et al., 2006: 14) إلى أن الوالدين يشعران بالضغوط في المواقف التي يفرض الطفل عليهما مطالب متزايدة، مصحوبة ببكاء متواصل والإلتصاق الجسدي بالأم، بالإضافة إلي مشكلات الطفل السلوكية المتنوعة.

ومن السلوكيات غير الناضجة التي يتصف بها الأطفال :

١. الاعتمادية.
٢. الإلحاح والسلوك القهرى.
٣. طلبات متكررة وعدم تأجيل الإشباع.
٤. الشكوى والتذمر المستمر (نادية أبو السعود، ٢٠٠٨: ١٢٤).

فقد رأى عمر بدران (٢٠٠٦: ٢٥) أن من أنماط السلوك غير السوي لدي الطفل (الأنانية والغيرة وعدم إحترام الآخرين وعدم الاتزان الإنفعالي وإيذاء الذات) وهذا السلوك غير السوي له جذوره في الأسرة التي تتسم بالتوتر الدائم وعدم التفاهم.

وبالتالي فإن هذا السلوك يشكل ضغوطاً كبيرة وعبئاً زائداً على الوالدان اللذين هما أصلاً مهيئين للإحساس بضغوط الوالدية.

حيث تعكس استجابة الوالدين لكل مطالب الطفل ورغباته بدون تأجيل نوعاً من التدليل الذي يؤدي إلي ظهور نوبات الغضب والعناد، حينما يتم منعه من تحقيق رغباته، ويشب الطفل المدلل فرداً انانياً، يري نفسه فقط، ولا يستطيع أن يدخل الآخرين في حيز حياته، أو إعتباره، يثور ويغضب كلما عجز عن تحقيق رغباته وأهوائه، ويتمركز حول ذاته، مقتنعاً بأن الكل سيلبي ما يريده، ولن يجرؤ أحد على أن يقول "لا" فيشب شخصاً هش التكوين، لا يستطيع أن يواجه الحياة بشجاعة (وفيق صفوت مختار، ١٩٩٩، ٤٢: ٤٣).

٤- المزاج المتقلب :

يعد المزاج المتقلب للطفل وعدم إتزانه الانفعالي مصدراً لا يستهان به من مصادر ضغوط الوالدية.

وأشار نول وآخرون (Noel et al.,2008) إلى أن المشكلات السلوكية للطفل تنتج عن التفاعل بين الضغوط وخصائص الطفل المزاجية المتقلبة، كما أن ضغوط الوالدية تؤثر على الطفل عن طريق إفساد العلاقة التفاعلية بين الأب والطفل، وخفض الاستجابة الوالدية له.

ويعنى مزاج الطفل هنا، الوظيفة الانفعالية، كما يظهر بوضوح في الرضا وعدم الرضا، النشاط المنخفض، البكاء المتكرر، والسعادة أو الكآبة والجزع Halme, 2006: 14)

فقد اشارت خولة أحمد يحيى (٢٠٠٠: ٩٤) إلي أن عدم الاستقرار يعود إلي التقلب المزاجي المتصف بالتغير السريع، والذي يتضمن الإنتقال من الحزن إلي السرور، ومن السلوك العدواني إلي السلوك الانسحابي، ومن الهدوء إلي الحركة.

وتبدو الصورة العامة للطفل الذي يعاني من الإختلال الوظيفي الوجداني Dysfunctioning Affective وفي معظم جوانبها، بأنه طفل

غيـر سـعيد ويلجـأ إلــي البكـاء والصـياح بشـكل متكـرر ولا يبـدي مؤشـرات للإحساس بالسعادة (فيولا الببلاوي ١٩٨٨: ٢٥).

وهـذا التقلـب فـي المـزاج غيـر متنبـأ بـه، ويحـدث دون وجـود سـبب ظـاهر، ويوصف هؤلاء دائماً بأنهم سريعو التهيج وسلوكهم غير قابل الأن للتنبأ بـه (خولة يحيى، ٢٠٠٠: ٩٤).

كما تشكل عصبية مزاج الطفل وسلوكه الإندفاعي ونوبات الغضب ضغوطاً على الوالدين حيث تحتاج إلي قدر كبير من الصبر وسعة الصدر والحكمة قد لا تتاح للوالدين نتيجة لضغوط الحياة الآخرى التي يتعرضان لها، كما أن هذا السلوك العصبي من جانب الطفل واستمراره وتكراره يؤدي إلي التوتر، وإلى سلوك عصبي من المحيطين أيضاً، الأمر الذي يجعل المناخ الذي ينشأ فيه الطفل غير مؤهل بالمقومات اللازمة للنمو السوي (نادية أبو السعود، ٢٠٠٨: ١٢٩).

٥- النشاط الزائد :

يشكو كثير من الآباء من أن أطفالهم لا يجلسون ساكنين أبداً، والأطفال فعلاً لا يجلسون ساكنين، وإن كان بعضهم أكثر نشاطاً من البعض الآخر، مما قد يؤثر على أعصاب الأم بصفة خاصة (وفيق صفوت مختار، ١٩٩٩: ٨٩).

ويمكن تعريـف النشـاط الزائد علـى أنـه نشـاط جسـمي وحركـي حـاد، ومسـتمر وطويـل المـدى لـدي الطفل، بحيـث لا يسـتطيع الـتحكم بحركـات جسـمه، بـل يقضيأغلب وقته في الحركة المستمرة، وغالباً ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ، أو قد تكون لأسباب نفسية ويظهر هذا السلوك غالباً فـي سـن الرابعـة حتـى سـن مـا بـين (١٤-١٥) سـنة (خولـة يحـي، ٢٠٠٠، ١٧٩).

ويسبب الطفل الذي يظهر أشكالاً متنوعة من الأنماط السلوكية المضطربة، ضغوطاً سلبية علـى الوالـدين، حيـث يتسـم ذلـك الطفل بكثـرة التململ ونقص الاستقرار والهدوء، وقصر مدي الانتباه ونقص الإصغاء والإخفاق في الانتهاء

من الواجبات التي يبدؤها, والصعوبة في إنجاز الواجبات المنزلية (فيولا البيلاوى، ١٩٨٨: ٢٦).

وترجع إصابة الطفل بالنشاط الزائد إلي :

- العوامل الوراثية والجينية، حيث إن هناك اطفالاً يظهرون نشطين منذ الولادة.
- خلل وظيفي بالدماغ يكون مسئوولاً في المقام الأول عن الحركات الكثيرة غير الهادفة.
- وقد يحدث النشاط الزائد نتيجة الصدمات على الرأس أو التسمم.
- كما أن الظروف البيئية لها دور كبير في رفع أو خفض مستوى سلوك النشاط الزائد (نادية أبو السعود، ٢٠٠٨: ١٣١).

كما يرافق النشاط الزائد خصائص سلوكية منها : عدم التنظيم، والتهور، والاندفاع، والقلق، والعصبية، وعدم القدرة على الانتباه، والضعف الشديد في التركيز، مما يقود إلي ضعف في التحصيل المدرسى وإلى مشكلات سلوكية واجتماعية أخري مما يؤديإلي إحساس الوالدين بالضغوط وعدم القدرة على السيطرة والأخذ بزمام الأمور (خولة أحمد يحي، ٢٠٠٠: ١٨٠).

٦- تدعيم الطفل للوالدين :

ويعد التدعيم من قبل الطفل للوالدين من الأمور ذات الصلة بمدي إحساسهما بضغوط الوالدية من عدمه لأن إحساس الوالدين بهذا التدعيم الإيجابي قد يكون منبئ بمدي نجاح الوالدين في تربية الطفل بطريقة سوية تعكس ود العلاقة ودفء المشاعر بينهما وبين طفلهما، كما تعكس كفاءة الوالدين أيضاً فيما يتعلق بعملية التنشئة الاجتماعية.

فبعض الأمهات تقررن أنهن لا يشعرن بأن طفلهن مصدر للتدعيم الإيجابى ولا ينجح التفاعل بين الأم (أو الأب) والطفل في أن يخلق مشاعر طيبة لدى الوالدين عن أنفسهم، وفي الواقع قد يشعر الوالدان بالرفض من قبل الطفل، ومن شأن نقص او غياب التدعيم من جانب الطفل أن يهدد الرابطة بين

الوالـدين والطفـل الأمـر الـذي يتطلـب تـدخلاً عـاجلاً فـي تلـك الحالـة (فيـولا الببلاوي، ١٩٨٨: ٢٦).

والوالدان في علاقتهما بالطفل وتفاعلهما معه أثناء عملية التنشئة الاجتماعية شأنهما شأن كل الأفراد وفي أي من العلاقات الاجتماعية يودان أن يشعرا بأن ما يقومان به له وزن وقيمة، وأنهما قد نجحا في مهمتهما التربوية، فنجاحهما ينعكس بالضرورة على ثقتهما بأنفسهما، والنظرة الإيجابية للذات، وهذا النجاح أحد مؤشراته تدعيم الطفل للوالدين وتقبله وحبه لهما وتعلقه بهما، فإذا غاب التدعيم من جانب الطفل، أثر بالتالي على مشاعر الوالدين وعلى إحساسهما بالكفاءة، وانعكس على العلاقة الوالدية فافقدها الدفء والحيوية والدافع القوي الذي يثمر عن مزيد من العطاء الايجابي لعملية التربية والتنشئة الاجتماعية (نادية أبو السعود، ٢٠٠٨: ١٣٤).

وتذكر فيولا الببلاوي (١٩٨٨: ٢٧) عدة أسباب لغياب التدعيم من جانب الطفل للوالدين ومن تلك الأسباب :

١. قد يكون الطفل معوقاً من حيث إمكانياته على الإستجابة بسبب إعاقة عضوية أو عصبية.
٢. أن الطفل يعيش حالة من الإكتئاب.
٣. أن الوالدين تعوزهما القدرة على فهم الطفل أو تفسير سلوكه.
٤. أن الوالدين في حالة من الاكتئاب ويعكسان تلك الحالة على الطفل.

مصادر الضغوط المتعلقة بالبيئة المحيطة وظروفها :

لقد حظيت مسألة تحديد مصادر الضغوط باهتمام الكثير من الباحثين، ولذلك تعددت تصنيفات مصادر الضغوط لديهم، ومما لاشك فيه أن الإنسان عادة يتعرض في حياتهاليومية لأنواع عديدة من الضغوط، وأن مصادر الضغوط الواقعة على الانسان تحيط به من كل جانب وربما لا تنتهي علماً بأنها تختلف من فرد لآخر. كما أنها تختلف لدي الفرد الواحد من مرحلة إلي أخرى عبر المراحل النمائية التي يمر بها في حياته. فمصادر الضغوط ومسبباتها توجد

حولنا في جميع البيئات سواء كانت طبيعية أو نفسية أو اجتماعية،(فعلي المستويالأسري والمهني والتربوي والثقافي وغيرها من مجالات الحياة يواجه الفرد سلسلة من الضواغط مما يستوجب الأمر ضرورة الاستجابة نحو جميع المثيرات الضاغطة في البيئة، وعادة ما تكون الاستجابة غير ملائمة، فالإنسان يتعامل دائماً مع ضغوط داخلية وخارجية لا يستطيع الفكاك والهروب منها (طه عبد العظيم، وسلامة عبد العظيم، ٢٠٠٦، ٣٦).

حيث يرى محمد على كامل (٢٠٠٥: ١٥) أن الضغوط تنشأ من داخل الشخص نفسه، أو قد تكون من المحيط الخارجي، مثل العمل، أو العلاقات مع الأصدقاء والاختلاف معهم في الرأي، أو خلافات مع شريك الحياة، أو طلاق، أو موت شخص عزيز أو التعرض لموقف صادم مفاجئ. وبوجه عام، فإن الضغوط سواء أكانت داخلية المنشأ نتيجة انفعالات أو إحتباسات الحالة النفسية وعدم قدرة الفرد على البوح بها وكبتها، أو ضغوطاً خارجية متمثلة في أحداث الحياة، فإنها تعد استجابات لتغيرات البيئة.

فقد رأي ديفيد فونتانا (١٩٩٣, ٦٤: ٧٣) أن هناك مصادر كثيرة للضغوط ولكنه ركز اهتمامه على المصادر المتصلة بالعمل ومن تلك المصادر ما يلي:

١. غموض الدور: وهو يأتي من عدم المعرفة المسبقة بطريقة العمل ومسؤولياته والمهام المحددة التي تتصل به.
٢. صراع الدور.
٣. التوقعات العالية غير الواقعية للذات (الكمالية).
٤. ضعف القدرة على صنع القرار.
٥. المواجهات المتكررة مع الرؤساء.
٦. فقد التأييد من الزملاء.
٧. كثرة العمل وضغوط الوقت.
٨. الرتابة والشعور بالملل.
٩. الصراع مع الزملاء.

١٠. صعوبة إتمام أو إنجاز العمل.

واتفق تيري بير (Terry Beer, 1995: 83) مع ما سبق في أن العمل يعد بيئة خصبة يتعرض فيها الفرد للضغوط المتنوعة ومن تلك الضغوط :

١. **مطالب وتوقعات الدور :**

زيادة عبء الدور, وصراع الدور، وغموض الدور، والعلاقات الرسمية وغير الرسمية.

٢. **مطالب الوظيفة وخصائص المهمة :**

الجدول الأسبوعي للعمل، وزيادة أو نقص الإستغلال للقدرات، وتفاوت حجم العمل، وإيقاع العمل، والجوانب المحفزة في العمل.

٣. **خصائص المنظمة وظروفها :**

الحجم، الأمن الوظيفي، وساعات ومواعيد العمل، والتغيرات التقنية، وفرص التقدم الوظيفي، نظام التقييم والرقابة، أسلوب الإدارة.

٤. **المطالب والظروف الخارجية المتعلقة بالمنظمة :**

المواصلات من وإلي العمل، طبيعة الطقس، الموقع الجغرافي، التطورات التقنية، طبيعة العملاء.

ويري رد جريل وآخرون (Roedigr, L et al.,1984:250) أن هناك مصادر للضغوط تختلف في تأثيرها من شخص لآخر حسب سياق الحدث وتقييم الفرد له ومن تلك المصادر :

التغيرات الحياتية :

إن التغيرات الحياتية تعد مصدراً من مصادر الضغوط العامة حيث أن أي تغير في الحياة يتطلب التكيف الذي ربما يسبب بدوره بعض الضغوط سواء كان هذا التغير مفيداً أم لا. وكلما كانت درجة التغير كبيرة ومتطلبات التكيف ضرورية، كلما زاد حجم الضغوط. وقد بينت الدراسات أن تغيرات الحياة التي

تم تقييمها بشكل سلبي ترتبط بصحة جسدية أقل، وقلق مرتفع، ومشكلات نفسية متزايدة، والحصول على درجات أكاديمية أقل لدى الطلاب.

المضايقات اليومية المتراكمة :

اقترح ريتشارد لازاروس (١٩٨١) أن مضايقات الحياة اليومية والمشاجرات الفرعية تؤثر في صحتنا النفسية والجسدية أكثر من التغيرات الحياتية. وقد قام لازاروس بوضع مقياس لقياس كثافة واستمرار المشاحنات اليومية وطبقه على رجال ونساء الطبقة المتوسطة وطلاب الجامعة، ثم قام بعد عام بقياس الصحة النفسية والعقلية لهؤلاء الناس(عن طريق استبيان)، فتبين أنها أضعف عندما تكون تلك المشاحنات مستمرة وكثيفة.

الإحساس المزمن بعدم الراحة :

وبالإضافة للضغوط الحياتية، فإن الإحساس المزمن بعدم الراحة من الممكن أن يبرهن على وجود ضغوط, فالضغوط البيئية مثل الضوضاء المستمرة في البيئات الحضرية الحديثة تعد مثالاً لهذا النوع من المشكلات.

سادسا: النظريات المفسرة للضغوط

هناك العديد من النظريات التي ظهرت لتقديم تفسير لظاهرة الضغوط وتلك النظريات أتبعت مناحي مختلفة.

أولا: المنحنـي البيولـوجي ونظريـة هـانز سيلي General Adaption: Syndrome (Selye Theory) ويعد هانز سيلي أحد الرواد في ميدان الضغوط واستنتج من دراساته وبحوثه التي أجراها في ميدان الطب التجريبي أسلوب مواجهة الإنسان للأحداث الضاغطة Stressors وسوء تكيفه الفسيولوجي لها قد يصبح مصدرا للضغط و ينشأ عنه مجموعة من الأعراض المرضية والاستجابات الباثولوجية وبناء على هذه الفكرة طور هانز سيلي نظريته بحيث تتضمن حالة الضغط استجابة غير محددة للجسم وقد اصطلح على تعريف هذه الاستجابة غير المحددة بأعراض التكيف العام (General

(Adaption Syndrome (GAS). ويري سيلي Selye أن الضغط ينشأ منه عدم القدرة للفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة وأسلوب تكيفه (فسيولوجيا ونفسيا) مع هذه الأحداث (عثمان يخلف،٢٠٠١: ٤٧).

ولقد وصف حدوث الضغط خلال ثلاث مراحل :

أ. **مرحلة الإنذار Alarm Reaction Stage**

يزيد نشاط الجهاز العصبي (السمبثاوي) عندما يشعر الفرد بالتهديد أو أي خطر يهدد توازن وظائفه وما يميز الجسم في نهاية هذه المرحلة باستثارة فسيولوجية تحاول بكل قوة لمقاومة الحدث الضاغط.

ب. **مرحلة المقاومة Resistance Stage**

يحاول الفرد مقاومة مصدر التهديد بتوظيف كل الوسائل وما يملك من طاقات جسمية ونفسية ويحاول أن يتكيف مع الحدث الضاغط حتى لا تتعرض أعصابه للتلف.

ت. **مرحلة الإنهاك Exhausion Stage**

وفيها تكون المقاومة والجهاز المناعي ضعف وفقد طاقته التوافقية وقدرته على مواجهة الحدث الضاغط وإذا استمر التعرض إلي الحدث الضاغط فإن هذا يؤدي إلى تلف الأعضاء و قد يصل الأمر إلى الوفاة (Sarfino, 2002, 76: 77).

ثانيا : نظرية سبيلبرجر Spielberger Theory

تعتبر نظريته مرتبطة بالقلق حيث ميز بين : القلق كسمة Trait Anxiety وقلق الحالة State Anxiety. فالقلق كسمة استعداد طبيعي يعتمد على الخبرة الماضية، أما قلق الحالة فيعتبر الضغط مسببا لحالة القلق كما اهتم بتحديد الظروف البيئية الضاغطة فالفرد يقدر الظروف الضاغطة كلما أثارت حالة القلق ثم يستخدم الميكانزمات الدفاعية المناسبة لتخفيف حدة الضغط.

وأيضا ميز سبيلبرجر بين مفهومي الضغط Stress والتهديد Threat فيشير الأول إلى الإختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما في الخطر الموضوعي Objective Danger، والثاني يشير إلى التقدير الذاتي لموقف خاص أو إدراك ذاتي للخطر Subjective Appraisal Danger (هارون الرشيدي، ١٩٩٩، ٥٢: ٥٥).

وتري (وفاء عبد الجواد، ١٩٩٤، ١٦: ١٧) أن هذه النظرية تتبلور في ثلاثة محاور القلق والضغط والتعليم وتتبلور تلك المحاور فيما يلي :

١. التعرف على طبيعة وأهمية الضغوط في المواقف المختلفة .
٢. قياس مستوي القلق الذي ينتج عن الضغوط في المواقف المختلفة.
٣. قياس الفروق الفردية في الميل للقلق.
٤. توفير السلوك المناسب للتغلب على القلق الناتج عن الضغوط.
٥. توضيح تأثير الدفاعات السيكلوجية لدى الأفراد الذين تجربعليهم برامج التعليم لخفض مستوى القلق.
٦. تحديد مستوى الاستجابة.

وحدد سيبلبرجر مفهوم الضغوط من خلال ثلاث أبعاد وهي مصدر الضغط وهو يحمل تهديدا أو خطرا ما نفسيا، أما الثاني فهو إدراك الفرد للمثير أو التهديد والثالث رد الفعل المناسب المرتبطبالتهديد ويرتبط شدة رد الفعل بشدة المثير.

ثالثا : نظرية موراي Murray Theory

يعتبر موراي Murray أن مفهومي الحاجة والضغط مفهومان أساسيان ويري أن الحاجة تمثل المحددات الجوهرية للسلوك ويعرف الضغط بأنه : صفة لموضوع بيئي أو لشخص تعوق قدرة الفرد للوصول إلى هدف معين.

ويميز بين نوعين من الضغوط وهما :

(أ) : ضغط بيتا Beta Stress

يشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

(ب) : ضغط ألفا Alpha Stress

يشير إلى خصائص الموضوعات ودلالتها كما هي. وأوضح أن سلوك الفرد مرتبط بالضغط بيتا.

وأكد على مفهوم تكامل الحاجة حيث يربط الفرد موضوعات معينة بحاجة بعينها (فاروق عثمان،٢٠٠١: ١٠٠).

رابعا : نظرية التقدير المعرفي Cognitive Appraisal Theory

قدم لازاروس Lazarus نظرية معرفية لتفسير الضغط النفسي حيث ينظر إلى الضغط النفسي كتقدير موقفي Situational Appraisal فالضغط في نظريته ناجم على العلاقة بين الفرد وبيئته ويلعب فيها التقدير المعرفي دورا في استجابة الضغط من خلال المعني الذي يقيمه الفرد لأي حدث بأنه مهدد ويؤكد لازاروس Lazarus أن مفهوم الضغط النفسي مفهوم مستقل فهو لا يعني نوع خاص من المثيرات أو نمط سلوكي و إنما الضغط النفسي يعبر عن العلاقة بين الأفراد وبيئاته (H. Wkrohne, 2002: 8).

ويميز نموذج التقدير المعرفي **Cognitive Appraisal Model بين نوعين** من التقدير المعرفي :

(١) التقدير الأولي Primary Appraisal : وهو عبارة عن إدراك الفرد للمواقف الضاغطة.

(٢) التقدير الثانوي Secondary Appraisal : الوسائل المتبعة في مواجهة هذا الضغط. فإن مدى شعور الفرد بالتهديد والعجز عن السيطرة عن الموقف يتوقف على تقييمه لهذا الموقف, فعندما يكون تقييما إيجابيا يستخدم الفرد آليات مقاومة ناجحة تمكنه من التغلب على الموقف الضاغط وعندما يكون التقييم سلبيا أو مهددا فإنه يشير إلى أن الضرر وقع بالفعل حيث أن آليات المقاومة فشلت مما ينتج الشعور بالضغط وما يترتب عليه من فقدان لتقدير الذات وبعض الانفعالات السلبية كالخوف والغضب.

كما يميز لازاروس بين نوعين من الأحداث الضاغطة :

١. **أحـداث ضـاغطة خارجيـة External Stress** : وهـي عبـارة عـن الأحداث البيئية المحيطة بالفرد.

٢. **أحداث ضاغطة داخلية Internal Stress** : وهي سمات الشخصية التي تتكون من خلال التوجه الإدراكي للفرد نحو العالم الخارجي (أمينة حسن، ٢٠٠٢: ١٤).

ويري فاروق عثمان (٢٠٠١، ١٠٠: ١٠١) أن تقييم الفرد للموقف يعتمد على العوامل الشخصية وأخرى بيئية وعوامل متصلة بالموقف نفسه. وتنشأ الضغوط عندما يوجد تناقص بين المتطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد ويتم ذلك وفقا لمرحلتين :

المرحلة الأولي : أن بعض الأحداث في حد ذاتها تسبب الضغوط.

المرحلـة الثانيـة : هـي التـي يحـدد فيهـا الطـرق التـي تصـلح للتغلـب علـى المشكلات التي تظهر في الموقف.

ويـذكر عثمـان يخلـف (٢٠٠٢، ٥٢: ٥٤) إن عمليـة مواجهـة الضـغوط تمـر بعدة مراحل معرفية وهي :

١. **مرحلـة الحـدث الضـاغط** : حيث يواجه الفرد في حياته مواقف وأحداث ضـاغطة تستدعي بذل جهد للتغلب عليها وتنطوي على آثار صحية إذا تم استخدام استراتيجيات معرفية غير فعالة.

٢. **مرحلـة التقييم الأولـي Primary Appraisal** : يقوم الفرد بالتعرف على الحدث الضاغط وتحدي مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث ويعتمد الفرد في عملية التقدير علىأسلوبه المعرفي و خبراته الشخصية.

٣. **مرحلة التقييم الثـانوي Secondary Appraisal** : يقوم الفرد بتقييم مـدى إمكانياتـه الشخصـية علـى مواجهـة الموقـف الضـاغط وتحديـد الآليـات المناسبة لمواجهة الموقف الضاغط والتغلب عليه.

٤. **مرحلة المواجهة Coping With Stressful Situation** : يلجأ الفرد لإستخدام إستراتيجيتين معرفيتين لمواجهة الموقف الضاغط هما الإستراتيجية الأولى الفعل المباشر: تشمل إتخاذ إجراءات عملية مباشرة لتغيير الموقف الضاغط وتتسم بطبيعة سلوكية وتعتمد على أسلوب حل المشكلاتالإستراتيجية, الثاني الفعل المخفف: وهو فعل غير مباشر ذو طبيعة انفعالية.

٥. **مرحلة نتائج المواجهة Coping Outcomes** : يتحدد مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط المعرفي والسلوكي وتتوقف استجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في استخدام استراتيجية مناسبة للتغلب عليه (عثمان يخلف، ٢٠٠١, ٥٢: ٥٤).

خامسا : نظرية بيك Beck :

وتمثل **نظرية بيك Beck المعرفية** (١٩٧٦م) إحدى النظريات والنماذج المعرفية حيث يركز "بيك" علي طريقة تقييم الفرد للمواقف الضاغطة وتفكيره فيها والطريقة التي يحلل بها المثيرات ويفسرها من خلال النظام المعرفي. ويشير سميث إلى أن بيك قد ركز على ثلاثة مستويات للمعرفة :

المستوى الأول : هو الأفكار الذاتية ويطلق عليها الحوار الداخلي والتي تعكس الأفكار التي تسبب ضغطاً أو عدم قدرة على التكييف والنظرة السلبية للمستقبلوتأتي العمليات المعرفية في **المستوى الثانى** : وتتضمن كيفية وأسلوب تفاعل الفرد مع المثير أي طرق تقسيم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات وأسلوب التنبؤ وتقييم المستقبل, **ويشير المستوى الثالث** : إلي التركيبات المعرفية وتتضمن المعتقدات والإقتراحات التي تؤثر فيما يعتنى به الفرد في تأويله للأحداث، وتكون الأساس الذي يستخدمه الفرد للإدراك والفهم والتفكير (صبحي الكافوري, ٢٠٠١: ١٠٤).

سابعا: مواجهة ضغوط الوالدية والتغلب عليها

الضغوط في نظام الوالدية Parenting System خاصة خلال فترة السنوات الثلاثة الأولى من حياة الطفل، عامل أساسي مؤثرا في نموه, وفي العلاقة بينه وبين الوالدين, ولذلك فإن التعرف المبكر على الضغوط الوالدية والتدخل المبكر لمحاولة التغلب عليها يكونان هامين في إمكانية الإقلال من تأثير هذه الضغوط، ومن ثم في وقاية الأطفال من الإضطرابات الإنفعالية والسلوكية (فيولا الببلاوي، ١٩٨٨: ٤).

وتري (إيمان عبد المقصود حسن, ٢٠١٠: ٤٧) ضغوط الوالدية ذات أثر خطير على الأسرة ككل وعلى الطفل بشكل خاص، حيث أنها تؤدي إلى شعور الطفل بالإحباط والانسحاب وعدم الشعور بالأمن النفسي مما يؤثر بدوره بالسلب على تقدير الذات لدي الطفل, وعدم قدرته أيضا على مواجهة مواقف الحياة بثقة وعدم قدرته أيضاً على اتخاذ قرارات حاسمة خاصة بحياته ومستقبله، وبالتالي فإن التعرف المبكر على ضغوط الوالدية، والتدخل لمحاولة التغلب عليها يؤديان إلى خفض تأثير تلك الضغوط ووقاية الأطفال من الاضطرابات وسوء التوافق.

ويريريس (Rice,1998: 201) أن الفرد يستطيع مواجهة الضغوط من خلال:

١. معرفة نقاط قوته ونقاط ضعفه.

٢. تقوية نقاط ضعفه وتقليلها.

٣. تنمية الهويات وممارستها مثل ممارسة التمرينات الرياضية.

٤. تنمية وتقوية والعمل على استمرار العلاقات الاجتماعية التي من الممكن أن تساعد على تقليل الضغوط وهذه الشبكة من العلاقات الإجتماعية تشتمل على الأسرة, والأصدقاء, وأصدقاء العمل, أو المجموعات الإجتماعية المحلية أو المؤسسات.

٥. الرجوع إلى المعتقدات الدينية التي تعمل كبناء معرفي فعال لمواجهة الضغوط.

٦. الأخذ في الاعتبار قوة الحس الفكاهي لتقليل الضغوط (صبحى الكافورى، ٢٠٠٠: ١٠٤).

وحتى يمكن التغلب على ضغوط الوالدية السالبة, ينبغى أن يكون لدى الوالدين بعض المهارات للتغلب على هذه الضغوط, ويري باف Pugh (١٩٨٨) هذه المهارات في الآتي :

١. القدرة على منح الحب و إنشاء العلاقات.

٢. القدرة على أن يكون الوالدان ذوي حساسية لحاجات هؤلاء الأطفال والقدرة على العناية بهم.

٣. القدرة على الإستجابة والتكيف مع الحاجات والمتطلبات المتغيرة.

٤. القدرة على التواصل وذلك من خلال الإستماع الإيجابي وإعطاء الإجابات المناسبة التي تنعكس على مشاعر الأفراد من حوله.

٥. القدرة على إتخاذ القرارات وتحمل المسئولية و تنفيذها.

و يبين حسن مصطفي (٢٠٠٥) بعض الإستراتيجيات والأساليب التي يمكن إستخدامها في مواجهة الضغوط ومنها :

١. **الأساليب البدنية (النفس جسمية) ومنها :** ممارسة التمرينات الرياضية، النشاط الجسمي المنتظم، التغذية، الاسترخاء، التغذية الراجعة البيولوجية.

٢. **الأساليب النفسية المعرفية السلوكية ومنها :** التحكم في الإستثارة، إعادة التقييم المعرفي (إيقاف التفكير) التصور والتركيز الذهني، التوليد الذاتي، إزالة الحساسية المنظمة، الوعي الانتقائي، إعادة البرمجة الذهنية، التطعيم الإنفعالي.

٣. **تغير أسلوب الحياة – ويعتمد على** : تخطيط الأهداف وإدارة الوقت، الحزم وإتخاذ القرارات وحل المشكلات، تنمية مهارات الضبط الذاتي، تنمية شبكة التدعيم الإجتماعي، الهندسة الإجتماعية.

٤. **الأساليب الوجودية والروحية ومنها** : التفكير في معني الحياة، التمسك بالدين (حسن مصطفى، ٢٠٠٥: ١٠٠).

ويري محمد على كامل (٢٠٠٤) أن أساليب مواجهة الضغوط هي الاستجابات التي يلجأ إليها الفرد تحت وطأة الضغوط، تلك الاستجابات التي يمكن ملاحظتها. والاستجابة للضغوط لا تقتصر على الكائن البشري, بل أنها موجودة عند الحيوانات أيضا, لذا فإن لأي ضغوط يتعرض لها الإنسان لا تؤثر في أجهزة الجسم كلها, بل على قسم منها، إذا قد يتأثر أحدها بشدة, بينما لا يكاد يتأثر الآخر أبدا, وعندما يتعرض الإنسان لضغط فإنه يمر بثلاث مراحل هي:

أولا: رد فعل للأخطار : حيث يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي, والغدد الأدرينالينية بتعبئة أجهزة الدفاع عن الجسم، أو يزداد إنتاج الطاقة إلى حد أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة، ومقاومة الضغوط وإذا إستمر الضغط والتوتر انتقل الجسم إلى المرحلة الثانية.

ثانيا : المواجهة : عندما يتعرض الكائن للضغوط يبدأ بالمقاومة وجسمه يكون في حالة ضبط تام, وهنا يقل أداء الأجهزة المسئولة عن النمو وعند الوقاية من العدوى تحت هذه الظروف، وبالتالي سيكون الجسم في حالة إعياء وضعف يتعرض لضغوط من نوع آخر من الأمراض.

الثالثة : الإعياء : لا يمكن لجسم الإنسان الإستمرار بالمواجهة إلى مالا نهاية إذ تبدأ علامات الإعياء بالظهور تدريجيا وبعد أن يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبثاوي يتولى الجهاز العصبي الباراسمبثاوي الأمور فتتباطأ أنشطة الجسم وقد تتوقف تماما وإذا ما إستمرت الضغوط يصبح من الصعوبة التكيف

لها لتؤدي إلي اضطرابات نفسية مثل الإكتئاب أو أمراض جسمية تصل حد الموت.

ويريغريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩: ١٠٠) أن هناك عدة أساليب يستخدمها الإنسان لمواجهة ضغوط الحياة منها :

اولاً : الأساليب البدنية (النفسجسمية) مثل : ممارسة التمرينات الرياضية، والنشاط الجسدي المنتظم، والتغذية, والاسترخاء, والتغذية الراجعة البيولوجية.

ثانياً : الأساليب المعرفية السلوكية ومنها : التحكم في الإستثارة, إعادة التقييم المعرفي (إيقاف التفكير)، التصور والتركيز الذهني، التولد الذاتي, إزالة الحساسية المنتظمة، الوعي الإنتقائي، إعادة البرمجة الذهنية، التطعيم الانفعالي.

ثالثاً : تغيير أسلوب الحياة ويعتمد على : تخطيط الأهداف وإدارة الوقت، الحزم واتخاذ القرارات وحل المشكلات، وتنمية مهارات الضبط الذاتي، وتنمية شبكة التدعيم الاجتماعي، الهندسة الاجتماعية.

وأشار(فاروق عثمان، ٢٠٠١: ١٠٦) أنه يمكن السيطرة على الضغوط ومواجهتها من خلال المهارات الآتية :

أ. الاسترخاء والتأمل.

ب. تنظيم الضغوط والتوتر.

ت. التحكم في التفكير الإيجابي.

ث. تنظيم التنفس.

ج. التمرين الذهني.

ح. التحكم الذاتي.

وذكر حسين فايد (٢٠٠٥، ٣٥٩: ٣٦٠) أن هناك ثلاثة أساليب أو عمليات للتعامل مع الضغوط وهي :

أ- أسلوب التوجه الإنفعالي : ويقصد به ردود الأفعال الإنفعالية التي تنتاب الفرد وتنعكس على أسلوبه في التعامل مع المشكلة، وتتضمن مشاعر الضيق والتوتر والإنزعاج والغضب والأسى واليأس.

ب- أسلوب التوجه نحو التجنب : ويقصد به محاولة الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة وأن يكتفي بالانسحاب من الموقف, ويطلق على هذا الأسلوب أيضاً أسلوب الإحجام في التعامل مع المواقف الضاغطة.

ج- أسلوب التوجه نحو الأداء : ويقصد به المحاولات السلوكية التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكلة وبصورة واقعية وعقلانية، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة، والإستفادة من الخبرة في المواقف السابقة، واقتراح البدائل للتعامل مع المشكلة واختيار أفضلها، ووضع خطة فورية لمواجهة المشكلة.

ومما لا شك فيه أهمية مواجهة ضغوط الوالدية والتقليل من حدتها بحيث لا تؤثر على الطفل والأسرة تأثيرا يعرقل مسيرتها، فيجب على الوالدين الإلتزام بواجباتهم نحو أطفالهم لما يكون له أعظم دور في التغلب على الضغوط التي تعرقل الوالدية وذلك من خلال إحدى الطرق الموجهة التي يتم استعراضها منها (الدعم الاجتماعي، الكفاءة الشخصية، ميكانزمات الدفاع التي تساعد الفرد على مواجهة المحن وصراعات الحياة)، ولا يعني ذلك القضاء نهائيا على الضغوط، إذ لابد من وجود نسبة منها ولكن بقدر الإمكان نحاول تخفيف حدة هذه الضغوط (Stephen, 1995: 120).

المحور الثانى : التلعثم :

تمهيد

تعد اللغة وسيلة اتصال هامة تساعد الفرد فى تحقيق التوافق الاجتماعي, كما أنها وسيلة التفاهم بين الأفراد بعضهم ببعض, فهي وسيلة لتبادل المعلومات والمشاعر والأفكار, كما أنها تعبر عن رغبات الفرد وحاجاته (سهير محمود أمين, ٢٠٠٥, ٢٠).

وتعد اللغة من أرقى ما لدى الإنسان من مصادر القوة والتفرد، ومما لاإختلاف فيه أن الإنسان وحده هو من يستخدم الأصوات المنطوقة في نظام محدد لتحقيق الإتصال بأبناء جنسه. وتعتبر لغة البشر أعقد مظاهر السلوك لديهم، حتى أن عشرات النظريات المختلفة برزت في القرن الحالي في محاولة لسبر أغوارها. ولما كانت اللغة قد حظيت في شكلها السوي بإهتمام كبير من جانب علماء النفس، فقد بقى أن تلقى الإضطرابات التي تطرأ على اللغة والكلام قدرا من الإهتمام، يكشف عن مظاهرها وأسبابها وكيفية علاجها (جمعة سيد يوسف, ٢٠٠٠: ١٨١).

وبذلك فإن اللغة تؤدى وظيفة إجتماعية، فالوليد يفهم قيمة ما يخرج من أصوات كوسيلة من وسائل الخبرة الإجتماعية, وهو يستخدم هذه الأصوات لجذب الإنتباه، كما أنه يبدأ بفهم التقبل الإجتماعى أو الرفض حين يبدأ فى تمييز لغة الكبار الدالة عن الرضا أو النفور، وهو بذلك يستمتع بما يلفظ من أصوات تحوز على رضا وتقبل الكبار, وبهذا يتعلم القيمة الاجتماعية للغة (إيهاب الببلاوي, ٢٠٠٣: ٥).

ويعتبر الكلام من أكثر أساليب التواصل بين الناس، فهو بخلاف أساليب التواصل الأخرى له تأثيره الخاص وقوته وفائدته فى توصيل الأفكار والأراء والمشاعر للآخرين بصورة يمكنهم فهمها وبما يتناسب مع قدراتهم العقلية والثقافية والإجتماعية، لذلك فقد إهتم العديد من المختصين بدراسة عملية

التواصل لدى الإنسان مركزين في ذلك على اللغة كوسيلة لهذا التواصل والكلام كأداة لهذه اللغة, والنطق كتعبير عن كيفية إخراج أصوات الكلام (مراد عيسى و وليد خليفة, ٢٠٠٧: ١٠٩).

وهناك أنواع كثيرة من اضطرابات اللغة والكلام, وقد اصطلح مكتب خدمة الارتقاء البشرى التابع لوزارة الصحة والشئون الاجتماعية فى الولايات المتحدة الأمريكية على التمييز بين اضطرابات اللغة, واضطرابات الكلام كالتالي :

- **اضطرابات اللغة** : وتشير إلى الاضطرابات المتعلقة باستقبال اللغة وفهمها, أو التعبير بها, أو المتعلقة بالتتابع اللغوى.

- **اضطرابات الكلام** : وتشير إلى معاناة بعض الأفراد من متاعب عند النطق بالكلمات (جمعة سيد يوسف, ٢٠٠٠: ٨٢).

من هذا التصنيف يتضح أن اضطرابات اللغة أعم وأشمل من اضطرابات الكلام, فاضطرابات اللغة تتصل باللغة ومضمونها ومحتواها, بينما اضطرابات الكلام تتصل بالمظهر الخارجى, أو الشكل الذي يخرج به الكلام.

وسوف تتعرض الدراسة الحالية لدراسة واحد من أهم اضطرابات النطق والكلام وهو التلعثم.

مفهوم التلعثم :

تختلف الآراء حول تعريف التلعثم, فحتى الآن لم يتفق العلماء على تعريف موحد له, وقد تناول الباحثون هذا المفهوم بالتعريف بشكل أو بآخر فى كتاباتهم وبحوثهم, فقد ورد مفهوم التلعثم تحت مسميات مختلفة مثل اللجلجة واللفف والعقلة والرتة والتهتهة والفأفأة والحبسة واللوثه والتمتمة وجميعها تشير على التردد فى نطق الحروف والمقاطع والكلمات مما يؤدى إلى نقص فى الطلاقة اللفظية أو التعبيرية.

وهناك من يميز بين اللجلجة Stuttering والتلعثم أو اللعثمة Stammering من حيث إنهما من أشهر الإضطرابات الخاصة بطلاقة النطق فاللجلجة تعرف

بأنها إعاقة فى تدفق الكلام بالتردد وبالتكرار السريع لعناصر الكلام وبالتشنجات التي تصيب عضلات التنفس أما اللعثمة أو التلعثم فهو إضطراب في الكلام يتميز بتوقفات تشنجية أو تردد في النطق, إلا أنه ونظرا لأن عناصرالإضطراب في كل من اللجلجة والتلعثم متشابهة؛ فقد جرت العادة لدى المهتمين بإضطرابات اللغة والكلام على إستخدامهما كمترادفين, بالإضافة إلى ذلك فإن بعض المتخصصين يطلق على هذين الإضطرابين إسم التهتهة (جمعة يوسف, ٢٠٠٠, ١٩٠: ١٩١؛آنسى قاسم, ٢٠٠٥, ٢٤٣: ٢٤٤).

وبالنسبة للمصطلحات الإنجليزية فإنه يشيع إستخدام مصطلحي Stuttering و Stammering للتعبير عن مصطلحات الكلام التي تتضمن تكرار الأصوات والمقاطع أو تكرار الكلمة وإطالتها مع تردد وإنقطاع يعوق التكلم (عبد الرحمن سليمان, ٢٠٠٩, ٣١٤: ٣١٥).

ويستخدم مصطلح Stuttering فى الولايات المتحدة الأمريكية بينما يستخدم مصطلح Stammering غالبا فى بريطانيا وأوروبا بشكل عام,وهما يعطيان المعنى نفسه (زكريا الشربينى, ٢٠١٢: ٢١٠؛Manning, 2009: 48).

ورد ذكر التلعثم عدة مرات فى كتب القدماء فقد كان قدماء المصريين هم أول من عرفوا مرض التلعثم وأطلقوا عليه لفظ (نيت – نيت) باللغة الهيروغليفية وذلك منذ عشرون قرنا قبل الميلاد. كما اعتقد بعض العلماء أن سيدنا موسى (عليه السلام) كان مصابا بالتلعثم استنادا لشكواه إلى ربه من أن يعجز لسانه عن الانطلاق فى الكلام عند تبليغ رسالة ربه (نوران العسال, ١٩٩٠: ٤), كما ورد فى القرآن الكريم فى قوله تعالي: ((قال رب اشرح لي صدري (٢٥) ويسر لي أمري (٢٦) واحلل عقدة لساني (٢٧) يفقهوا قولي)) (سورة طه: اية ٢٥-٢٨).

وفي صورة القصص (الآية ٣٤) ((وأخي هارون هو أفصح مني لسانا فأرسله معي ردءا يصدقني إني أخاف أن يكذبون)).

كما ورد التلعثم في الحديث النبوي الشريف عندما قال الرسول (ص): ((ما دعوت أحد إلى الإسلام إلا كان عنده كبوة إلا أبى بكر ما تلعثم)) (صفوت عبد ربه, ٢٠٠٠: ٤٠).

وقد كان كل من أرسطوا Arisotte وآيسوب Aesop وديموستينس Demosthenes مصابون بالتلعثم, وفى عصرنا الحاضر وينستون تشرشل Winston Sirchurchill والملك جورج السادس King Georgre. vi وغيرهم كثيرون.

والتلعثم هو إحدي الصور الإكلينيكية لإضطرابات النطق والكلام التي تؤدي بالطفل المتلعثم إلي العجز عن التعبير عن نفسه بسهولة ويسر كما يكون من الصعب عليه أن يتفاعل مع البيئة المحيطة به تفاعلا إيجابيا.

والتلعثم هو فقدان الطلاقة في الكلام، وكلمة (فقدان الطلاقة) أو التلعثم, تطلق على مشكلة ناتجة عن تعطل فى تدفق الكلمات في توقيت هذا التدفق(جين نيكسون, ٢٠٠٠: ١١), .(Kazidan, 2000: 430)

والتلعثم هو إضطراب يصيب طلاقة الكلام المسترسل، وتكون العثرات فى صورة تكرار أو إطالة أو وقفة (صمت) أو إدخال بعض المقاطع والكلمات التى لا تحمل علاقة بالنص لمجرد ملئ الفراغات، والتلعثم ليس فقط المرض الذى يسمع أو يرى من (الحركات المصاحبة للعثرة الكلامية، وقد تشمل بضع عضلات فى الوجه، أو أن تشارك الرقبة والأكتاف وأجزاء أخرى من الجسم فيها) من المتكلم إنما يشمل بالضرورة المشاعر والأحاسيس والمخاوف التى تصاحب التلعثم لدى المتكلم (كريمان بدر, وإميلى صادق ٢٠٠٠: ١٧٧).

والتلعثم في تعريف الجمعية العالمية للتلعثم National Stuttering Association: هو إضطرابات السيولة الإيقاعية للكلام وتفكك لتنظيم إيقاعه, ونقص في الطلاقة اللفظية أو التعبيرية, كما أنه إضطراب نفسي يظهر لدى الطفل حينما تتقدم أفكاره بسرعة أكبر من قدرته على التعبير عنها، في شكل توقفات مفاجئة واحتباس حاد في النطق وتبادل مع لحظات الصمت,

أو تطويل في نطق بعض الكلمات بحيث تأتى نهاية الكلمة متأخرة عن بدايتها ومنفصلة عنها، أو في تكرار الأصوات ومقاطع وأجزاء من الكلمة وقد يصاحب ذلك توترا في الحنجرة, وتشنجات في عضلات التنفس, واضطراب في حركة الشهيق والزفير وبعض العلامات الأخرى كإهتزاز الرأس وإرتعاش رموش وجفون العينين وإخراج اللسان، ويشتد التلعثم في مواقف التوتر والضغط التي تتطلب تواصلا. ولا يعتبر إضطرابا إلا إذا كان متكررا, ويكون الذكور أكثر عرضة لهذا الإضطراب من الإناث في نفس العمر الزمني (National Stuttering Association, 2002: 1).

والتلعثم بطريقة عقلانية معتمدا على أنها نوع من الإضطراب الواضح أثناء الكلام, فهي إنحراف في جانب من النمو اللغوي ينتج عن عوامل كثيرة نفسية, ولغوية, وعصبية, وفسيولوجية, وبيئية(Wingate 2002).

والتلعثم هو نوع من التردد والإضطراب فى الكلام، حيث يكرر الطفل الكلام بتردد، ويردد حرفا أو مقطعا ترديدا لا إراديا مع عدم القدرة على أن ينتقل من هذا المقطع إلى التالي (أنسى محمد أحمد (ب), ٢٠٠٢: ٢٣٥).

وهو إضطراب وظيفى يمس الإيقاع الكلامي ويعرقله، ويتمثل فى تكرارات لفظية أو توقفات, بسبب شدة الهواء, حيث يصبح ميكانيزم التنفس عكسيا أى يأخذ الطفل الذى يعانى من التأتأة الهواء من الفم بدل الأنف. وقد يصاحب التأتأة سلوك حركى متوتر، يمس عضلاتالوجه مثل غلق العينين وفتحهما أوإمالة الرأس (حورية باي, ٢٠٠٢: ٦٨).

ويعتبر التلعثم إضطرابا إتصاليا حادا يعكس عجزا حسحركي شفويا (Locuks et al., 2002: 313).

وهو إنحراف فى الحديث يجذب الإنتباه ويؤثر بطريقة عكسية على المتحدث بسبب المقاطعة التي تحدث فى الرتم أو الإيقاع العادي للكلام من خلال التكرار اللاإرادى أو التطويل أو السكون (خالد عبد الرازق (ب), ٢٠٠٢: ٣٩٣).

وقدم طارق زكى (٢٠٠٢, ١٩) مفهوما للتلعثم حيث قال "إن مشكلة التلعثم تعد بمثابة اضطراب واختلاف في إيقاع الكلام وطلاقته, ويظهر في صورة (تكرار أو إطالة أو توقف) للأصوات والمقاطع اللفظية, يصاحب ذلك بعض الأعراض النفسية والجسمية ومحاولة الإحجام عن الكلام, تجنب المواقف الاجتماعية خوفا من سخرية الآخرين واستهزائهم .

ويعرف جارد Gard (٢٠٠٢: ١٨) التلعثم بأنه اضطراب في عملية التواصل يحدث بسبب عدم انسيابية تدفق الكلام, يظهر في صورة تكرار أو تطويل أو توقف للصوت أو الكلمة.

كما تعرف آمال باظة (٢٠٠٣: ١٣٣) التلعثم على أنه اضطراب في إيقاع الكلام يتميز بالتوقف أو المد أو التكرر لمقاطع الكلام.

ناقش وينجات(Wingate 2002) التلعثم بطريقة عقلانية معتمدا على أنها نوع من الإضطراب الواضح أثناء الكلام, فهي إنحراف في جانب من النمو اللغوي ينتج عن عوامل كثيرة نفسية ولغوية وعصبية وفسيولوجية وبيئية.

وهو أيضا إضطراب خاص بالتحكم في الكلام :Cardell, 2003,221 (224).

والتلعثم هو حالة معقدة تتميز بعدم طلاقة في النطق بشكل حاد بما في ذلك تكرار الأصوات الفردية ومقاطع الكلمات وأجزاء الجملة والإطالة في إخراج الأصوات والتردد في إخراجها(محمد على كامل ٢٠٠٣: ٥٢).

ويتمثل التلعثم في تكرار بعض الكلمات أو الحروف أو التوقف عن الكلام أو إدخال مقاطع ليس لها علاقة بالموضوع, وقد يستخدم المتلعثم حركة الرقبة أو الأكتاف أو أجزاء أخرى بالجسم للإشتراك في التعبير بالكلام أو الحديث، وهؤلاء الأطفال لا يستطيعون التعبير اللغوى بطلاقة كبقية الأطفال, وقد يعتاد هؤلاء الأطفال هذه الطريقة في الحديث, مما يسبب لهم القلق والتوتر والرغبة في الإنعزال عن الآخرين، ويعتريهم الخجل والشعور بعدم القبول و عدم الثقة بالنفس (بوشيل، وايدانمان, ٢٠٠٤: ١٤٥).

كما أنـه تكرار الكـلام بتردد مـع تقلص العضـلات الخاصـة بـالزور والحجـاب الحـاجز ممـا ينـتج عنـه عدم القدرة علـى إصـدار الأصـوات (ليلـى أحمـد كـرم الدين, ٢٠٠٤: ١٢١).

والتلعثم أيضا يعنى أن يكرر الطفل الحرف الأول من الكلمة عددا من المرات أو تكرار مقاطع من الكلمة أو يتردد في نطقه عددا من المرات، وينحصر في إنسداد النطق أى خاص بالإضطرابات في إيقاعات النطق (سلمان خلف الله, ٢٠٠٤, ٥٢٥: ٥٢٦).

وهو تكرار بعض الحروف أو المقاطع أو توقف مفاجئ عن الكلام يتخلله الشخير وتقلصات وجهية سببها سوءسيطرة مراكز الكلام على العضلات المسئولة عن النطق، ويكون في الطفولة أو بعد صدمة نفسية أو لدى العسر بعد الشفاء من الحبسة. (قحطان أحمد الظاهر, ٢٠٠٤: ٢٦٧).

والتلعثم هو إضطراب يؤثر على إيقاع الكلام وطلاقته يتميز بالتوقف والتردد أو التكرار أو الإطالة في الأصوات أو الحروف (Jonson, 1955: 31),(سهير محمود أمين, ٢٠٠٥: ٦٢).

ويعرف سيد أحمد البهاص (٢٠٠٥: ٥) التلعثم أنه إضطراب فى طلاقة اللسان يعوق إنسياب الكلام، تبدو مظاهره في التكرارات اللاإرادية للمقاطع والحروف، أو المد الزائد للحروف المتحركة، أو وقفات زائدة أثناء الكلام، ويصاحب عادة بحركات لا إرادية للرأس والأطراف، بالإضافة إلي ردود أفعال إنفعالية كالخوف والقلق وإنخفاض تقبل الذات لدي المتلعثم.

أنه يبدأ الحديث بالتنفس, وهو يسمى أيضا بالنفس Respiration. وتمتلئ رئتك بالهواء, أي بمزيد من الهواء الذي قد تستنشقه في حالة عدم تحدثك. وتقوم بتوسيع صدرك وبالتحديد الجزء العلوي من الصدر والحجاب الحاجز Derphragm "البطئ" لدخول جميع هذا الهواء بالداخل. وبالتالي يزداد ضغط الرئة وعضلات التنفس ثم, تطلق الهواء من خلال الحنجرة والأحبال الصوتية وتتكون الأحبال الصوتية من زوج العضلات قليلا وإطلاق بعض

الهواء تبدأ الأحبال الصوتية في الاهتزاز. وهذا ما يسمى أو ما يطلق عليه "التردد الأساسي للصوت" وإذا قمت بوضع أصابعك على مقدمة الحنجرة وحاولت التحدث أو الدندنة فيمكنك الشعور باهتزازت وتذبذبات الأحبال الصوتية (Thomas David Kehoe, 2006: 6).

والتلعثم هو إنشطار في الفونيم يظهر في الصور التالية:

- تلعثم توقفي مثل ..... كلمة (محمد) تنطق مـ توقف ـ حمد.
- تلعثم طويل مثل ..... كلمة (محمد) تنطق مـــ تطويل ـ حمد.
- تلعثم تكراري مثل ..... كلمة (محمد) تنطق م م م حمد تكرار أو تنطق محمد محمد محمد محمد (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦: ٩٨).

كما أن التلعثم اضطراب في الطلاقة اللفظية ومعدل سرعة الكلام، يصحبه أسلوب تنفس غير صحيح يؤدي إلي عدم إنسجام أعضاء الكلام, يظهر في صورة توقف, أو تطويل أو تكرارالصوت أو المقطع أو الكلمة، و له أصل نفسي يؤدي إلي الخوف من الكلام وتحاشيه في مواقف معينة (Nicolosi, et al., 1996: 261) , (محمد محمود النحاس ٢٠٠٦: ١٠٤).

والتلعثم هو تقطع أثناء الكلام يصدر من الفرد أثناء النطق، فالطفل ربما يتوقف عند كلمة واحدة ويكررها أكثر من مرة ولا يستطيع نطقها أو قد يتردد عند نطق كل كلمة، وكذلك لا يستطيع نطق بعض الأحرف أو يكرر نفس بعض الحروف أكثر من مرة بطريقة لافتة للنظر (زكريا الشربيني و يسرية صادق,٢٠٠٦: ٢٩٤).

عرفت (هند إسماعيل٢٠٠٧) التلعثم بأنه إضطراب كلامي, أو إضطراب في النطق, أو إضطراب في الإيقاع الصوتي. وتتمثل أهم مظاهره في التردد أو التكراروالإطالة والوقفة, وقد يكون هذا التكرار أو التوقف أو الإطالة في حرف أو مقطع أو كلمة, كما يصاحب التلعثم بعد الحركات اللإرادية سواء في الوجه أم أجزاء مختلفة من الجسم (هند إسماعيل,٢٠٠٧, ٣٦: ٣٧).

ويعرفه (Ashley Craig et al., 2006) أنه مجموعة معقدة من السلوكيات التي تتداخل مع الكلام الطبيعي وقد يكرر الأفراد المتلعثمون المقاطع أو يتوقفون عندما يحاولون إخراج الكلمة وقد يصاحب الكلام المتقطع لدوران العين, والرمش بالعين, هز الرأس وأى سلوكيات أخرى ذات علاقة. وهناك العديد من أنماط السلوكيات المختلفة المصاحبة للأفراد المتلعثمين.

وتري (رنا سحيم, ٢٠٠٨: ٨) أن التلعثم إضطراب في طلاقة اللسان يعوق إنسياب الكلام, تبدو مظاهره في التكرارات اللاإرادية للمقاطع والحروف, أو المد الزائد للحروف المتحركة, أو وقفات زائدة في أثناء الكلام, ويصاحب عادة بحركات لا إرادية للرأس والأطراف, بالإضافة إلي ردود أفعال إنفعالية كالخوف والقلق وإنخفاض تقبل الذات للمتلعثم.

في نفس السياق يعرف " قاموس " كامبردج " Cambridge في علم النفس : التلعثم بأنه: "اضطراب في الطلاقة وقت خروج الكلام الذي يتسم بتكرار الأصوات أو المقاطع على هيئة أصوات مع توقفات غير ملائمة بالكلمات مع اعتراضات لأصوات غير مناسبة بالكلمات مصحوبة باعتراض غامض للكلام وإبدال للكلمات مع توتر جسمى مفرط أثناء الكلام " Matsumoto, 2009: 525).

وقد عرفه (Deborah Mitchell, 2007) بأنه تلك الحالة التي من خلالها ينقطع انسياب الحديث إما من خلال توقفات غير طبيعية, تكرار أو إطالة في الأصوات والمقاطع, فلا يعتبر التلعثم من أسوأ الاضطربات فحسب بل إنه وبكل تأكيد هو من أكثر الاضطربات إحباطا وعلى خلاف الاضطربات الأخرى فإن التلعثم يتميز بالسمة المتغيرة حيث إنه عادة تجئ وتذهب. فحتى إن كنت تعاني من التلعثم الحاد فما زال هناك فرصة متاحة أمامك حتى تصبح طليق اللسان عند الغناء وعند التحدث مع أناس آخرين وفي بعض مواقف التحدث المعينة.

وفـي ضـوء مـا سـبق مـن التعريفـات فـإن الباحثـة تعـرف التلعـثم بأنــه احـد اضـطرابات الكـلام والنطـق وهـو اضـطراب فـي ايقـاع الكـلام وطلاقتـه, فهـو اضطراب توقيت الكلام يتميز بالتوقف اللإرادي عن الكلام أو التكرار للمقاطع والحـروف, أوالإطالـة لأصـوات الكـلام (الحـروف المتحركـة), بالإضـافة إلــى المصاحبات الجسمية, كإنفعالات الوجه وحركات الفم, والرأس, والرقبة, واليدين والـرجلين, وسـرعة التـنفس, ولـيس لـه سـبب عضـوي أو نفسـي ولكنـه سـلوك تخاطبي يكتسبه الطفل منذ السنين الأولى لاكتساب اللغة.

انتشار التلعثم

تتأثر نسبة انتشار التلعثم بالجنس والتاريخ العائلى, فقد وجد أن أكثر من ثلثى الأطفال المتلعثمين لهم أقارب من الدرجة الأولى وحتى الدرجة الثالثة يعانون من التلعثم, أو أنهم تلعثموا ولو مرة واحدة. كما أن التلعثم يشبه كثير من اضطرابات الكلام واللغة في أنه يوجد لدى الذكور بنسبة أكبر من الإناث (٤–٥ : ١), ورغم ذلك فإنه عند بداية التلعثم في مرحلة الطفولة المبكرة تكون نسبة انتشارها بين الذكور مقارنة بالإناث (٢ :١), وبصورة عامة فإنه من المحتمل أن يتم شفاء الإناث بصورة أكبر من الذكور, أى أن التلعثم قد يستمر لدى الذكور فى حال مقارنتهم بالإناث. (إنجهام Ingham, ٢٠٠٤ ; كنت Kent, ٢٠٠٤: ٢٢١).

ويوجد التلعثم عند الذكور بنسبه أكثر مما هو عليه عند الإناث لأن مراكز الكلام واللغة في دماغ الذكور تقع في الجزء الأيسر بينما تتوزع مراكز الكلام واللغة في دماغ الإناث في كلا الجزأيين : الأيمن والأيسر مما يتيح لهن مزيدا من المرونة. وتتحول قدرات اللغة والكلام عن الأفراد المتلعثمين إلي الجهة اليمنى بشكل جزئي (Deborah Mitchell, 2007).

ويؤكد يامادا وهوما أن نسبة انتشار التلعثم بين الذكور تفوق أربع مرات نسبة انتشاره بين الإناث, وقد يرجع ذلك لأن البنين أكثر استدعاء للقلق والتوتر أثناء

المواقف الاجتماعية من البنات, مما يجعلهم عرضة للتلعثم بصورة أكبر (Yamada, Jun & Homma, Takanobu, 2007: 1198).

ويحدث التلعثم قبل بلوغ (١٠) أعوام لدى حوالي (٩٠%) تقريبا من الأفراد المتلعثمين. وتبلغ نسبة انتشار التلعثم لدى الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة حوالي (٥%), أى يوجد طفل واحد متلعثم من بين عشرين طفلا, كما تبلغ نسبة انتشار التلعثم لدى الكبار أقل من (١%) حوالى (٧٣,. %), أى يوجد فرد واحد متلعثم من بين ١٣٥ فردا (كاهو Kehoe, ٢٠٠٦: ٩, رينولدز وجانزين Reynolds & Janzen, ٢٠٠٧: ١٩٣٢).

وقد أكدت الدراسات الباكرة أن التلعثم يكون أكثر انتشارا بين الأطفال ثنائي اللغة Bilinguals مقارنة بالأطفال أحادى اللغة Monolingual, لكن الدراسات الحديثة مثل دراسة هاول وآخرون (٢٠٠٠) أكدت على أن نسبة انتشار التلعثم لدى الأطفال ثنائى اللغة مماثلة تقريبا لنسبة انتشارها لدى الأطفال آحادي اللغة (شينكر Shenker, ٢٠٠٤).

مراحل تطور التلعثم

تختلف الصورة الإكلينيكية التى يظهر بها التلعثم فى مراحله الأولية عنه في مراحله المكتملة سواء بين الأطفال أو الكبار, فهو قد يتطور من شكل إلى آخر ومن الأفضل إلى الاسوأ مع مرور الوقت, وقد يتوقف عند مستوى معين من الشدة, ولذلك تتفاوت ظهور أعراض هذا المرض عند الأفراد, فالبعض تظهر عليه الأعراض بصورة شديدة ولكنها تختفى بسرعة خلال أشهر قليلة, والبعض تستمر معه إلي مرحلة المراهقة وهناك من يظل يعاني منها طوال حياته.

ولقد اختلفت الآراء حول تقسيم مراحل تطور التلعثم, فلقد قام بلودشتين Bloodstein (١٩٦٩) بتقسيم التلعثم إلى أطوار متعددة من المنظور النشوئى.

- **المرحلة الأولى :**

وهى مرحلة عارضة فى حياة الطفل من أهم مظاهرها, تكرار للمقطع الأول من الكلمة, أو يكرر الكلمة الأولى من الجمل, ويكثر التكرار فى حروف العطف (الواو) والضمائر الشخصية(كضمير أنا), وحروف الجر وأدوات الربط.

والطفل خلال هذه المرحلة لا يشعر بالتلعثم أو ينتبه له. ولا يحاول أن يتجنب الكلام, وإنما يستمر فى كلامه دون إحساس بالإحباط أو الخجل.

وتحدث خلال هذه المرحلة نسبة شفاء تلقائى كبيرة, حيث يكون هدف العلاج فى هذه المرحلة هو تحسين صورة الطفل عن ذاته حتى لا ينشأ داخله الإحساس بأنه طفل معوق كلاميا.

- **المرحلة الثانية :**

وتظهر لدى الأطفال فى المرحلة الابتدائية وربما يستمر حتى الكبر, وفيها يظهر التلعثم بشكل أساسى فى معظم أجزاء الكلمات ذات المقاطع المتعددة مثل الأفعال, والأسماء, والصفات, وتزداد حدة التلعثم فى المواقف التى يستثار فيها الطفل, أو عند محاولته التحدث بسرعة.

وفي هذه المرحلة يعى الطفل تعثره الكلامى, إلا أن ذلك لا يمنعه من الاستمرار فى الكلام.

ولذلك فإن هدف العلاج فى هذه المرحلة هو العمل على عدم انتباه وتجاهل الوالدين لأعراض التلعثم عند الأطفال حتى لا يظهر لديهم مشاعر القلق.

- **المرحلة الثالثة :**

يرتبط التلعثم فى هذه المرحلة, بمواقف محددة كالقراءة فى الفصل, والتحدث مع الغرباء, وعند الشراء من المحال التجارية, وعند التحدث فى التليفون, ويحاول الطفل تجنب الكلمات التى يحدث فيها التلعثم باستخدام كلمات بديلة حتى يمكنه مواجهة مواقف التواصل مع الآخرين.

ويعتمد العلاج فى هذه المرحلة على التكيف مع الأعراض الخارجية وتحسين الكلام بصفة عامة.

- **المرحلة الرابعة :**

يكون فيها الفرد حاسسا بدرجة أكبر تجاه تعثره الكلامى, فيتجنب النطق بالكلمات كما يتجنب المواقف التى يتطلب المحادثة أو المنافسة ويهدف العلاج فى هذه المرحلة إلى تخفيف أو إزالة القلق المؤدي للتلعثم, وزيادة الدافعية للعلاج لدى المراهقين المصابين بالتلعثم.

ويضيف بلودشيتن أنه ليس بالضرورى أن يمر المتلعثم بكل هذه المراحل, فقد يكون هناك طفل لم يتجاوز سن الثامنة وتنطبق عليه صفات المرحلة الرابعة من مراحل التلعثم (Bloodstien, 1969, 21: 25).

ويرفض فان ريبر Van Riper التقييد بأى من هذه التقسيمات إلا أنه لا يرفضها نفسها لأن الواقع المشاهد لدى المتلعثمين يبرز المدى الشائع من الفروق الفردية بينهم, ويكاد ألا يوجد ذلك المتلعثم الذى يحقق مرحلة واحدة من مراحل التلعثم – مهما كانت هذه المرحلة – دون أن يظهر عليه عرض ما من أعراض المراحل التى قبلها أو التى بعدها, ولذا فإن فان ريبر لا يتحدث عن مراحل محددة تحديداً قاطعاً فى تطور التلعثم ككل, وإنما يصف الكيفية التى بموجبها يتطور كل مكون من مكونات التلعثم (وهى: الخوف, القلق, الصراع) وسلوك التجنب Avidance, والمجاهدة Struggle والهروب من المواقف الاجتماعية, والحركات اللاإرادية, وتحول التلعثم فى المرحلة الأخيرة إلى اضطراب ذو تعزيز ذاتي Self Reinforcing والإنتهاء إلى إحداث تغيرات عميقة فى الشخصية (أحمد سلوطه, ١٩٩٨: ٨٨).

ولابد من التمييز بين عدم الطلاقة الطبيعية والتلعثم, حيث ينقسم عدم انسياب الكلام إلى :

أ. عدم طلاقة طبيعية فى الكلام وهى تبدأ فى سن الطفولة المبكرة مع بداية الكلام وتشمل تكرار المقاطع ولا يوجد انشطار داخلي للفونيم أو وقفات وتوتر.

ب. التلعثم هو عدم انسياب الكلام اى ان السياق الطبيعي للكلام يكون مختلا بحدوث تكرار لأصوات أو مقاطع من الكلمة أو فى بعض الأحيان يحدث

تكرار للكلمة كلها كما تحدث إطالات لبعض الأصوات داخل الكلمة أو وقفات مع وجود انشطار داخل الصوت الواحد (ناصر قطبي, ١٩٨٦: ٩٢).

صور (مظاهر) التلعثم

يظهر التلعثم فى العديد من الصور منها ما يلي :

أ- التكرار Repetition :

يعد التكرار من أهم السمات المميزة للتلعثم، حيث تعتبر أكثر أعراض التلعثم شيوعا خاصة عندما تحدث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تلفت انتباه المستمع, والتكرار يكون لبعض عناصر الكلام مثل:

- تكرار حرف معين مثل حرف (د) فى العبارة التالية:

د.د.د. دلوقت سأذهب إلى.

- تكرار نطق مقطع فى كلمة مثل : شك شك شك. شكرا لك.
- تكرار نطق كلمة فى عبارة مثل : لكن لكن لكن ...
- تكرار العبارة بأكملها (سهير أمين، ٢٠٠٥: ٤٦).

ويؤكد يوسف ١٩٨٦ Youssef(١٩٨٦) أنه يجب إدراك التكرارات على أنها تلعثم عندما تصل إلي نسبة ٥ % من إجمالى كلام الفرد الكلى (محمد النحاس، ٢٠٠٥: ٤٦).

ب- التطويل Prolongation :

يشير التطويل إلى تدفق الهواء مع توقف حركة النطق، وهو ينمو متأخرا عن التكرار لبعضالوقت. والتطويل ربما يكون أكثر من نصف ثانية وقد يستمر لعدد من الدقائق، فمن الطبيعى أن يكون لكل صوت زمن نطق محدد, فعندما يطول نطق الصوت لفترة أطول من الزمن الطبيعى لنطقه، تظهر صورة أخرى من صور التلعثم هى الإطالة الصوتية.

ويتم التعرف على تطويل نطق الأصوات على أنه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت الانتباه للسامع مثل: نطق صوت محدد مثل صوت (ش) فى كلمة (شكرا) كالتالى :

شكـــــرا

(محمد عطية،١٩٩٩: ٢١).

ج- الوقفاتBlocks :

هناك صورة أخرى للتلعثم والتى تسبب إحباطا لكل من المتكلم والمستمع, وهى متعلقة بالإعاقات الصامتة Silent Blocks ويظهر من خلالها عجز المتلعثم عن إصدار أى صوت على الإطلاق برغم الجهد العنيف الذى يبذله. وعادة ما يبدأ التوقف فى الكلام بعد بداية التلعثم بنحو سنة ويتخذ شكل احتباس فى الكلام يعقبه انفجار (مصطفى فهمى، ١٩٦٧: ١٢٧).

وتحدث هذه الإعاقة الكلامية كنتيجة للإنسداد الوقتى الموقفى فى مجرى الهواء عند الحنجرة حينما تكون الثنايا الصوتية مقتربة اقترابا شديدا من بعضها, فيحاول المتلعثم النطق فلا يستطيع فيضغط البطن بشدة, فينقبض القفص الصدرى كى يرفع الهواء بقوة محاولا التغلب على هذه الوقفة (هدى عبد الواحد، ١٩٩٨: ٣٥).

ويلاحظ حدوث الوقفات فى بداية نطق الصوت, أو الكلمة وخاصة فى الأصوات الحلقية, حيث أن الأصوات الحلقية تتطلب جهدا أكثر عند النطق بالمقارنة بالأصوات الأخرى (محمد النحاس، ٢٠٠٥: ٤٨).

ويتم التعرف على التوقف فى نطق الأصوات على أنه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت انتباه السامع، مثل التوقف فى نطق صوت محدد مثل صوت (ش) فى كلمة (شكرا) كالتالى :

.. ش (توقف) كرا

وهكذا يعتبر الفرد متلعثما إذا اتسم كلامه بتكرار الكلمات والمقاطع الصوتية, أو إطالة, أو حدوث وقفات طلاقته وتعرقل حديثه.

أنواع التلعثم

تختلف أنواع التلعثم من حيث شدة ودرجة التلعثم, فهناك الحالات الحادة وهناك الحالات الخفيفة أو الثانوية.

يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من التلعثم :

– التلعثم النمائى : ويحدث في مرحلة الانتقال إلي المخارج السهلة للكلمات بين عمر سنتين وأربع سنوات, حيث يتغير نمو الكلام من الإطالة إلي التوقف والتكرار أو التردد.

– التلعثم المتحسن : ويظهر لدى بعض الأطفال في فئة العمر ٣–١١ سنة, وتزول تلقائيا في مدة تتراوح بين ٦ أشهر إلي ٦ سنوات.

– التلعثم الثابت : يظهر لدى بعض الأطفال في الفئة العمرية من ٣–٨ سنوات, وتحتاج إلي علاج لفترة زمنية طويلة (زكريا الشربينى، ١٩٩٤, ١٦٠:١٦١)، (سامي محمد ملحم، ٢٠٠٢: ٣٤٠).

كما تم التمييز بين أنواع التلعثم كالتالي :

أ– التلعثم الاهتزازي (الاختلاجي) Colonic - Stuttering :

ويظهر فى شكل تكرار أو إعادة بعض الحروف والمقاطع الصوتية وذلك بصورة عفوية لا إرادية، بحيث يتعذر على الفرد التحكم فيه، ويظهر هذا التكرار جليا واضحا فى بداية الكلام وعند أول حرف من الكلمة أو عند أول كلمة من الجملة, بيد أن الكلمة التى يتعثر فيها المصاب فى موقف ما قد يكون بوسعه أن ينطقها فى أوقات أو مواقف أخرى ذات ظروف مختلفة عن المواقف الأولى، ويحدث هذا الشكل من التلعثم بسبب تشنج عضلات التلفظ عند محاولة الكلام. ويكثر ظهوره فى فترتين من العمر من (٢–٣) سنوات، من (٦–٨) سنوات وهما الفترتان الحرجتان في تطور الكلام لدى الطفل.

٢- التلعثم التشنجي (الانقباضي) Tonic - Stuttering :

ويسمي عقلة اللسان Stammering, ويتصف هذا الشكل من التلعثم بأنه أكثر شدة، حيث نجد الكلام لدى المريض يتوقف بشكل لا إرادي ومفاجئ ولا مبرر له، ويؤدي ذلك إلي حبسة أو عقله في الكلام قد تطول أو تقصر مدتها، وينجم عن ذلك تقطع في مسار الحديث، ويكون التوقف في الكلام جليا واضحا عند البدء في الإجابة عن بعض الاستفسارات لدرجة أنه إذا أغفلنا تعبيرات وجه المصاب وحركاته الإيمائية نعتقد بأنه لم يفهم السؤال أو أنه عزف عن الإجابة بشكل نهائى، وهذا ما دفع بعض الباحثين إلي تسمية التلعثم التشنجي الذى يصاحبه احتباس في النطق أو عقله في اللسان بالتلعثم الكفي Inhibition Stuttering.

(فيصل محمد خير الزراد، ١٩٩٠: ١٦١)؛ (محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٩٦, ١٤٥: ١٤٦)؛ (زينب محمود شقير، ١٩٩٩, ٣١٤: ٣١٥).

وهناك أنواع أخرى للتلعثم عند الأطفال :

- **التلعثم النمائى Developmental** : حيث يتغير نمو الكلام من الإطالة إلي التوقف والتكرار أو التردد ويحدث فى مرحلة الانتقال إلى المخارج السهلة للكلمات فى الفئة العمرية (٢-٤) سنوات ويستمر لعدة أشهر.
- **التلعثم المعتدل Benign** : ويظهر فى الفئة العمرية (٦-٨) سنوات, وقد يستمر مع الطفل لمدة سنتين أو ثلاث سنوات.
- **التلعثم الدائم Persistent** : يظهر لدى الأطفال فى الفئة العمرية (٣-٨) سنوات ويستمر إلا إذا عولج بأسلوب فعال.
- **التلعثم الثانوى Secondary** : ويظهر فيه الصراع الحقيقى مع الكلام, ويحتاج إلى العناية المتخصصة فور ظهوره, وتبدو معه تكشيرة الوجه أو حركات الأكتاف أو تحرك في الأذرع أو الساق, ورمش فيالعينين, أو تنفس غير منتظم.

هذا, ويعد التلعثم الذي يظهر بعد سن الخامسة أكثر خطورة من التلعثم الذي يظهر في عمر مبكر (عبد المجيد سيد أحمد وآخرون, ٢٠٠٣, ١٦٠: ١٦١)؛ (عبد المنعم عبد القادر الميلادى, ٢٠٠٦: ١٠٩).

ديناميات شخصية المتلعثم

تشير الدراسات النفسية إلي أن الفرد الذي يعانى من التلعثم هو من النوع الحساس, القلق, الذي يعانى من مشاعر النقص, وعدم الطمأنينة, وهو فرد منطوى, ميال إلي كبت المشاعر وقمع الأفكار, ويعانى من حرمان عاطفي شديد يعوضه أحيانا عن طريق العدوان,والطفل المتلعثم هو طفل خجول وبطئ الحركة, ولا يستطيع ضبط الحركات الإرادية والتحكم فيها,وخاصة حركات اللسان, والفك, والشفاة, وهو أضعف من الفرد العادى من حيث الأنشطة التي تشمل العدو, والصعود, والقفز, والتوازن. كما يتسم الفرد المتلعثم بحركات عشوائية في الوجه والأطراف مع تشنجات في النطق (محمد عبد الظاهر الطيب, ١٩٩٦:١٥٥).

والظاهرة العضوية الهامة لدى مريض التهتهة أن نسبة الفوسفات غير العضوى تقل كلما زادت نسبة الكالسيوم في دم المريض, بينما لدى الشخص العادى يكون الأمر عكس ذلك حيث تقل نسبة الفوسفات الغير العضوى في الدم كلما زادت نسبة الكالسيوم, وهذا ما يشير إلي وجود عوامل أيضية تغير نسب وتركيب هذه العناصر في الدم, كما لوحظ زيادة هرمون الثيروكسين (من الغدة الدرقية), و(هرمون الأدرينالين) من الغدة الكظرية في دم المريض (فيصل خير زياد, ١٩٩١: ١٧٨).

ويعتبر التلعثم مشكلة ذات تأثير محبط على الطفل ولكن مع كل مشكلة كلام لغة واستماع نجد أن كل طفل سوف يستجيب لهذا الإحباط بطريقته الخاصة, فبعض الأطفال قد يتكيفون مع هذه المشكلة من خلال تجنب مواقف الحديث وبالتالي (أطفال خجلون) وفي بعض الأحيان يعانى الأطفال الذين لا

يستجيبون لعلاج الكلام من أنواع قلق أخرى متعلقة بالتلعثم وبالنسبة لهؤلاء الأطفال ينبغى التعامل مع الأسباب الأساسية للضغط وذلك من خلال جلسات الاستشارة مما قد يساعدهم على الاستفادة من علاج الكلام, ومن الجدير بالذكر أن أى نوع من أنواع الضغط أو الإثارة قد يثير مشكلة التلعثم مما يفسر لماذا تعتبر أيام العطلات أعياد الميلاد وبداية السنة الميلادية الجديدة أوقات بعض المواقف المحددة التي تمثل في بعض الأحيان إزعاج الأطفال المتلعثمين مثل التحدث عبر الهاتف أو أمام الجمهور. وقد يتجنب الأطفال المتلعثمون التحدث في تلك المواقف وذلك بسبب ذكرياتهم المرتبطة بحوادث التلعثم الماضية ففي بعض الأحيان تثير بعض الكلمات المحددة مشاعر الخوف من التلعثم, وقد يجد الطفل بعض الطرق المبدعة لتجنب استخدام تلك الكلمات, ولأن الخوف بإمكانه حث الطفل المتلعثم ويدفعه داخل حلقة مفرغة من التلعثم, فسوف يتجنب الطفل المواقف أو الكلمات التي تثير مشاعر الخوف وسوف يساعد أخصائيو أمراض الكلام الطفل على اكتساب الثقة في مواقف التحدث غير المحددة وذلك قبل التوصل إلي الكلمات أو المواقف المثيرة لمشاعر الخوف لدى الطفل.

وفيما يتعلق بكيفية تأثير التلعثم على الأداء الأكاديمى للطفل, لا يوجد أى أبحاث أو دراسات تشير إلي وجود أى علاقة بينهما.

(Hamaguchi, Particia McAleer, 1995)

أعراض التلعثم

١- الأعراض الظاهرة (الخارجية)

أ- الحركات العضلية الزائدة :

تحدث هذه الحركات بشكل تلقائي لا شعوري, وذلك لإعتياد المتلعثم أداء هذه الحركات نتيجة لإرتباطها بمحاولات النطق, وأشهر تلك الحركات: إغماض العينين, تقطيب الجبهة, هز الأيدي, هز الأرجل, إنقباض البطن, عوج الفم والشفاه.

ويأتي إرتباط هذه الحركات من اعتقاد المتلعثم أنه لحظة التلعثم يشعر بإحباط شديد, ويريد أن يتخلص من الموقف بشتي الطرق, فيلاحظ أنه عندما يغمض عينيه تخرج الكلمة, لذا عندما يحدث التلعثم مرة أخرى يقوم بإغماض عينيه في أثناء محاولته إخراج الكلمة بشكل متعثر, عندئذ تخرج الكلمة, فيقوم المتلعثم بربط خروج الكلمة بحركة إغماض العينين, ومع كل الوقفات الكلامية المتلعثمة يغمض عينيه,اعتقادا منه أن ذلك يساعده على إخراج الكلمة.

وأضافت دراسة (جينفر ٢٠٠٢) بعض المظاهر التي تبدو على المتلعثم في أثناء محاولة النطق, مثل رفع الأكتاف, أو تحريك الذراعين واليدين, ثم يتبع هذا إطلاق الكلمة.

ب- السلوك التجنبي :

يلجأ المتلعثم إلي أساليب تجنبه توقع حدوث تلعثمه, نتيجة إحساسه بالإحباط وشعوره بالرفض الإجتماعي, حيث يبتكر وسائل وأساليب للتفادي, منها رفض الدخول في مواقف كلامية يتوقع أن يعبر عنها بحركات إشارية, مثل هز الرأس تعبيرا عن الموافقة,والإشارة بالسبابة تعبيرا عن الرفض (محمد النحاس, ٢٠٠٦, ١١٢:١١١).

ج- ردود الفعل الإنفعالية :

كالقلق والتوتر والخوف والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة والقيمة, وأحاسيس العجز واليأس والخجل وعدم الثقة بالنفس, وقد تزداد حدة هذه الأعراض بدرجة تعوق المتلعثم عن التواصل مع البيئة المحيطة **(Beech and Franaella, 1968, Bloodstien 1969, Freedman, etal., 1975).**

د-السلوك التأجيلي :

يتضح السلوك التأجيلي من خلال إدخال أجزاء من الكلام في الكلام الطبيعي, ليبدو كما لو كان شيئا طبيعيا Interjected Speech Segment, حيث يلجأ معظم المتلعثمين إلي وضع بعض الكلمات مثل (يعني, أو مثلا, أوبس, آه) داخل الكلام, حتي يغطي بها طبيعة أسلوب كلامه المتلعثم, كذلك فإن هذه

الكلمات تعطي فرصة للمتلعثم لتأجيل نطق الكلمات المراد نطقها, ويقلل شعوره بالتوتر والإحباط, من خلال شغل وقت فراغ تلعثمه.

هـ- الكلمات الإعتراضية Interjection Words :

يظهر ذلك في إقحام أصوات أو مقاطع أو كلمات أو عبارات إعتراضية (مثل م, إذ) أو تكرار حروف أو كلمات لا صلة لها بالكلام مثل (أريد أن أشتري م مم مم خبزا) .

و- الكلمات المكسرة Broken Words :

حيث يكون النطق متداخلا, ويصعب فهمه بسهولة مع حذف بعض الحروف أو إبدالها.

ز- تجنب الكلمات Avoiding Words :

هناك نسبة كبيرة من الأطفال المتلعثمين في الكلام يكونون أذكياء, ولديهم كم كبير من الكلمات في أذهانهم, ومن ثم عندما تواجههم مشكلة في الكلام يمكنهم إيجاد كلمة أو كلمات بديلة سهلة, وهناك حيل أخرى مثل: التظاهر بعدم السمع، أو إضافة كلمات صغيرة أو بسيطة للجملة, أو إستخدام كلمات صغيرة أو بسيطة للجملة, أو إستخدام كلمة قصيرة.

ح- اللف و الدوران حول المعني Circumlocution:

هذه السمة ترتبط بتجنب الكلمات الصعبة, فيحاول الفرد المتلعثم إستخدام كلمات سهلة النطق, ويسعي إلي حشو الفراغ والفجوات الفكرية, فيمكن أن يأخذ ذلك شكل إسهاب في الكلام أو تكرار يكون له معني ومدلول مختلفان (مثل ألا تري، أليس كذلك، أفهمت ...... إلخ) وبذلك فإن المتلعثم يجد صعوبة في تحويل الصور الذهنية والأفكار إلي ألفاظ وكلمات(سهير محمد سلامة, ٢٠٠٧, ١٤٤: ١٤٨).

٢- التغيرات الفسيولوجية (الداخلية)

أ- إضطرابات التنفس Breathing Disturbance :

تتمثل في اختلال عملية التنفس, مثل إستنشاق الهواء بصورة مفاجئة وإخراج هواء الزفير, ثم محاولة إستخدام الكمية المتبقية منه في إصدار الأصوات, كذلك التحدث في أثناء الشهيق.

ب- زيادة معدل ضربات القلب.

ج- رعشة الشفاه والفك.

د- حركة العين.

وحركة العين التي تصاحب التلعثم تكون في صورة إرتعاشات, أو نظرة ثابتة طويلة أو حركة إيقاعية بطيئة أو سريعة أو حدوث حول مؤقت.

إن إتصال عيني المتلعثم والمستمع, حيث يعدها مؤشرا لتحديد مدى إدراك الفرد الذاتي لتلعثمه, ويستطرد بلوسكي موضحا أن الفرد المتلعثم يتحاشى النظر في عين المستمع, لمدة تصل إلي ٦٠% أو أكثر من وقت المحادثة (Pellowski & Conture, 2002: p31)

أسباب التلعثم :

أولا : الأسباب الوراثية :

يرى البعض أن العوامل الوراثية تلعب دورا هاما في الإصابة بالتلعثم ويفسر أصحاب الإتجاه الوراثي التلعثم على أساس أنه استعداد وراثي، يجعل صاحبه معرضا للإصابة بالتلعثم, خاصة إذا حدثت مواقف أو صدمات نفسية حادة، والوراثة تعتبر عاملا ممهدا للتلعثم (انتصار يونس، ١٩٩١: ٣٣٥).

ومما يؤكد على أن الوراثة ليست إلا عاملا ممهدا للتلعثم, تلك الدراسات التي أجريت بقسم الجينات بجامعة (Yale)، حيث أسفرت النتائج عن عدم وجود ارتباط بين التلعثم والجينات المتنحية أو السائدة, أو جينات الجنس (Shirley, 1987: 85).

وقد وجد(Seeman) أن نسبة الوراثة في الإصابة بالتلعثم تصل إلي ٣٤% بينما رأى (Harris) أن هذه النسبة تصل إلي ٣٠% (Wingte, 2002: 12).

وقد وجد بعض الباحثين ارتباطا بين تأخر النطق واضطرابات الكلام, وبين حدوث مشكلات في مرحلتي الحمل والولادة، وكذلك بين المظاهر المرضية وبين الإصابات التي تصيب المخ (محمد رفقي, ١٩٨٧: ٩٥).

وتشير نتائج الدراسات الحديثة إلي أن التلعثم به جزء وراثي على الأقل، وأنه يصعب الفصل بينأي دور العوامل الوراثية والعوامل الأخرى فى إحداث التلعثم (طارق زكى, ٢٠٠٢: ٣٦).

أى أن العوامل الوراثية لا تؤثر بمفردها في التلعثم, بل تقترن بالعوامل العضوية أو النفسية أو البيئية.

ثانيا : الأسباب العضوية :

إن تلف أي عضو من الأعضاء التي تساعد على إنتاج الكلام، والتي تمتد من الأحشاء وحتى الأنف والأذنين، يمكن أن يؤدي إلي الإخلال بعملية الكلام بشكل أو بآخر، كما أن إصابة المخ تؤخر عملية ارتقاء الكلام، أو تسبب العديد من الاضطرابات الكلامية (صالح الشماع، ١٩٨٧: ١٥٧).

ومن أهم الأعضاء التي تؤثر على عملية الكلام وتؤدي إلي الإصابة بالتلعثم:

أ- الجهاز العصبي المركزي :

قد يتعثر الطفل في الكلام لما يعانيه من خلل بالجهاز العصبي المركزي, أو اضطراب الأعصاب المتحكمة في الكلام، مثل اختلال أربطة اللسان, أو اضطراب المراكز الكلامية في المخ (مجدي محمد الدسوقي, ٢٠٠٢: ٢٢).

ب- جهاز التنفس :

يرى البعض أن أى اختلال في التحكم السوي في عملية التنفس وآلياته أثناء الكلام، قد يكون سببا هاما من أسباب اضطرابات الكلام وهذا السبب قد يكون

هذا أثر واضح فيما يظهر من توقف الكلام أو تردده أو تردد الأصوات(محمد أحمد غالي، ١٩٧٤: ٥٥؛ مجدي الدسوقي، ٢٠٠٢: ٢٢).

ج- جهاز الكلام :

إن أىخلل في أعضاء النطق وجهاز الكلام، وعدم التوافق بينها -كإصابة الحلق أوالحنجرة أو الأحبال الصوتية .. الخ -كل ذلك يمكن أن يؤدي إلي اضطرابات كلامية (جمعة يوسف ١٩٩٧: ١٩٨).

د- جهاز السمع :

تؤثر بعض عيوب الجهاز السمعي على نطق الطفل الصغير، فتجعله عاجزا عن التقاط الأصوات الصحيحة, أو الألفاظ الصحيحة (مجدي محمد الدسوقي,٢٠٠٢: ٢٢).

وعدم سماع الطفل للكلمات والحروف بشكل سليم يجعله ينطقها بشكل غير سليم.

ثالثا : الأسباب الاجتماعية البيئية :

يعتبر الكلام نشاطا اجتماعيا, لذا فإن الطفل يعبر عن موقفه الاجتماعي السيئ بحدوث التلعثم, حيث إن عدم تشجيع الطفل, وإحراجه في المواقف الكلامية, وعدم السماح له بالتعبير كما يريد, وعدم شعور الطفل بالأمان داخل أسرته, كل هذه عوامل اجتماعية تهيئ الطفل للإصابة بالتلعثم (محمود حمودة, ١٩٩١: ٢٦٤).

ويلعب الوسط الاجتماعي والثقافي والاقتصادي الذي يعيش فيه الطفل دورا كبيرا في تنمية قدرات الطفل اللغوية, وتنمية الطلاقة في الكلام والحديث أمام الآخرين. فالأطفال الذين ينشئون في وسط اجتماعي وثقافي غير ملائم, تقل لديهم القدرة على إخراج الأصوات وتنويعها، ولا يصبح لديهم أدنى اهتمام بتقليد الآخرين, كما تتأخر لديهم عملية تكوين المعاني(محمد عبد المؤمن، ١٩٨٦: ٢١٢).

والطفل الذي لا يجد آذانا مصغية لكلامه وتعبيراته, لا يحاول أن يعاود الكلام, كما أنه يفتقد الرغبة فيالكلام والتعبير عن رغباته باستخدام اللغة, ومن هنا تفقد اللغة قيمتها لدى الطفل كوسيلة للتفاهم والاتصال بالآخرين.

ومن العوامل الأسرية الهامة التي تؤثر على النطق :

١- أنماط كلام الآخرين التي يتعرض لها الطفل أثناء تعلم الكلام, فالأنماط الخاطئة تؤديعادةإلي مهارات غير ملائمة للكلام عند الأطفال, وخاصة وهم في طور النمو.

٢- كمية الاستثارة والدافعية التي يحصل عليها الطفل خلال الكلام, فإذا كان الطفل تنقصه الاستثارة المناسبة والدافعية الكافية لتطوير طريقته في النطق, أدى ذلك لحدوث مشكلات في الكلام.

والجو العائلي يؤثر بشكل كبير على تعلم الطفل للغة, وقدرته على الكلام.

ومن العوامل الأسرية التي تؤثر في كلام الطفل :

- التوتر والخلافات الأسرية.
- إهمال الأسرة في رعاية الطفل.
- الحماية الزائدة أو التدليل الزائد.
- شعور الطفل بأنه غير مرغوب فيه.
- التفرقة في المعاملة بين الأبناء.
- مطالبة الطفل بمستوى تعليمي أعلى من قدراته. (علا محمد زكي, ٢٠٠٠: ٨٢).

مما سبق يتضح أهمية العوامل الأسرية والبيئية وأثرها على كلام الأطفال, فالمعاملة الوالدية, والجو الأسري الهادئ, ومستوى ثقافة الآباء, كل هذه العوامل هامة في تنمية قدرة الطفل على الكلام, وإكسابه الأسلوب الصحيح للكلام.

كما أن العوامل الاجتماعية لها تأثير على لغة الأطفال وكلامهم, فهناك بعض العوامل الاجتماعية التي يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على لغة الطفل، كسخرية الآخرين من الطفل, أو حدوث بعض الصدمات والحوادث المؤلمة

للطفل, وكذلك تقليد الطفل لكلام الآخرين الخاطئ وغيرها من العوامل الاجتماعية.

رابعا : الأسباب النفسية :

يؤكد المهتمون باضطرابات الكلام واللغة على أهمية العوامل النفسية, وارتباطها بمشكلة التلعثم, وقد ذكر الباحثون المختصون باضطرابات اللغة والكلام عدة عوامل نفسية مرتبطة بمشكلة التلعثم, ومن هذه العوامل :

أ- القلق :

إن العلاقة بين القلق والمتلعثم تتضح قوتها بمرور السنين, فقد أثبتت النظريات أن القلق يلعب دورا أساسيا في زيادة الاضطرابات اللغوية.

فالقلق النفسي يجعل الطفل متوترا, فيتلعثم ويتلكأ في إخراج الحروف والكلمات بصورة تامة, وذلك لتهيبه من المواقف التي يخشى مواجهتها, أو عندما يواجه مجتمعا من الناس, ولا يشعر بالثقة في نفسه لكي يتحدث أمامهم (مجدي الدسوقي, ٢٠٠٢: ٢١٨).

ورغم أن البعض يري أن القلق هو أحد أسباب التلعثم, إلا أن هناك رأيا آخر يعتبر القلق عرضا من أعراض التلعثم, أو هو رد فعل طبيعي نتيجة التلعثم (Monzies & Onslo, 1999:6).

ب- الخوف :

إن الخوف وفقدان الشعور بالأمن, والشعور بالنقص, يعتبر من أهم الأسباب والعوامل التي تساعد على ظهور التلعثم بصفة خاصة واضطرابات الكلام بصفة عامة. ففي حالة الخوف تتقلص أعصاب الحنجرة, فلا يقوى المتلعثم على الكلام, وتبقى هذه الحالة حتى تزول الأسباب المؤدية إلي الخوف (محمد أيوب، ١٩٩٤: ٦).

وفي بعض الأحيان يكون هذا الخوف من القوة بحيث يجعل المتلعثم يحجم عن أحب الأعمال إليه, وهذا بدوره يؤدي إلي مزيد من الشعور بالخزي والعار.

وسبب خوف المتلعثم أنه يظن أنه سيفشل عندما يريد التحدث, مما يزيد المشكلة.

وخوف الطفل من تلعثمه يسبب له توترا يعوقه أن يتحدث بطلاقة. والخوف والقلق كلاهما عاملان مؤثران في ظاهرة التلعثم, والبعض يري أنهما سبب مباشر لهذه الظاهرة, وفريق آخر يري أنهما عاملان مساعدان على زيادة المشكلة وليس سببا فيها, أو أنهما من أعراض التلعثم وليس من أسبابه.

ج- الصراع :

يري البعض أن التلعثم حالة عصابية بسبب الصراع النفسي وعوامل الحرمان العاطفي, ويكون لدى فئة معينة من الأطفال دون غيرهم, وذلك بسبب الاستعدادات العضوية والوراثية للإصابة بالأمراض والاضطرابات (فيصل خير، ١٩٩٠: ١٧٤).

وقد ذكر الباحثون بعض الأسباب النفسية الآخرى التي ترتبط بظاهرة التلعثم, منها :

- الوسواس القهري الذي يلم بالفرد, فيجعله غير قادر على النطق بسبب شدة وسوسته حول نوع الكلام وكيفية استخراج مقاطع الكلمات.
- العصبية والتوتر الانفعالي وحدة المشاعر.
- رغبة الطفل في جذب انتباه الآخرين.
- الحسد من الطفل لغيره من الأطفال (زكريا الشربيني، ٢٠٠١: ١٣٧).

أراء و نظريات حول التلعثم :

وضع المختصون العديد من النظريات التي توضح أسباب التلعثم وقد قوبلت هذه النظريات بالرفض لاحقا، حيث أرجع العلماء أسباب التلعثم إلي سلسلة من العوامل منها: إفتقاد سيطرة الدماغ، قلة الكرات البيضاء، زيادة معدل غاز ثانى أكسيد الكربون عند إستنشاقه، إرتفاع معدل الكالسيوم واللعاب غير الطبيعى فقد نوه فرازر (1988 – 1984) Frazer وهو نفسه يعانى من

التلعثم أنـه ينـتج لمن لـديهم لسـان طويـل, أمـا برينجيلسـون Bryngelson (1933)، ترافيس (1931) Travis يـرون افتقـاد السـيطرة المخيـة هـى مـن الأسباب الرئيسية للإصابة بالتلعثم
. (Corsini, R (B), 1994: 483); (Reynolds, et al., 2000: 1725)
ونظرا لتعدد الأراء و النظريات حول التلعثم سوف نتطرق لعدد من هذه الاراء والنظريات :

١. تفسير التحليل النفسي للتلعثم :

رأى البعض أن التلعثم يحدث نتيجة ما يتعرض لـه الأطفال من صراع أثناء مراحل النمو المبكرة التي تحدث عنها فرويد في نظريته, وإخفاقهم في التغلب على العقدة الأوديبية, مما يعرضهم للتثبيت على المرحلة السابقة, وبالتالي تحدث اللجلجة (التلعثم) كعصاب تحويلى يتضمن التعبير عن غريزة غير مرغوبة تصاحب بالعدوانية الموجهة ضد المستمع (عبد العزيز السيد الشخص, ١٩٩٧: ٢٨٧)؛ (خالد عبد الرازق, ١٩٩٩: ٣٩٥).

وترى مدرسة التحليل النفسى أيضا أن ضعف الأنا, وفقدان القدرة على التعبير والمواجهـة, وقمـع الميـول والرغبـات خشـية العقوبـة, أو تأنيـب الضـمير مـن العوامل النفسية الواردة في هذا المجال, حيث يحاول الطفل أن يستبعد الواقع المـؤلم ممـا يهيـئ اللاشـعور للسـيطرة والقيـام بعملـه الـذي يتجلـى فـي شـكل اضطراب كلامى, تشنجات تعبر عن وجود كبت شديد لدى الطفل (محمد عبد الظاهر الطيب, ١٩٩٦: ١٥٢).

كما يمثل التلعثم أيضا لدى مدرسة التحليل النفسي فعل الرضاعة في حلمة وهميـة, وقد حـاول فرويـد نفسـه أن يعـالج التلعـثم لكنـه لـم يـنجح, ووفقـا لاراء الأطباء النفسسين فالمشكلة عميقة الجذور حيث إنها تنشأ مبكرا دائما ما بين أعمـار الـثلاث وسـبع سـنوات ويمكـن أن تسـتمر طـوال الحيـاة (Schwartz, 1976: 38).

كما ينظر للتلعثم على أنه عرض خارجى للحاجات المكبوتة التي تتضمن محاولة الفرد إخفاء مشاعر الكراهية تجاه الآخرين, ومن المعروف أن هذه الرغبة تتعارض مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع, وبالتإلي يتعرض الطفل للصد والمنع فيلجأ إلي الكبت, ورغم ذلك تحاول هذه الرغبة التعبير عن نفسها من وقت لآخر فيحدث التلعثم كرد فعل للضوابط والموانع الإجتماعية فهو يعد سلوكا مقبولا إلي حد ما بدلا من الدوافع الأولية غير المرغوبة. واستنادا إلي ذلك يجب استخدام العلاج النفسي مع التأكيد على المشاعر المكبوتة لدى المتلعثمين, فتحرير الفرد من تلك الموانع والمحظورات يساعده على التخلص من التلعثم ويزيد طلاقة كلامه (عبد العزيز السيد الشخص, ١٩٩٧: ٢٨٨).

وكذلك فإن التلعثم من وجهة التحليل النفسي ما هو إلا عرض عصابى تكمن خلفه رغبات مكبوتة، حيث ينكص الفرد إلي المرحلة الشرجية ويعيش صراعا بين رغبة شعورية في الكلام ورغبة لا شعورية في عدم الكلام، و هنا نشير إلي أن التلعثم ينشأ نتيجة لعوامل الضغط النفسيالتي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة، و من أهم هذه العوامل على سبيل المثال لا الحصر ضغط الوالدين بدون تعمد على الطفل ليتكلم بلغة معقدة بشكل يفوق قدرته، أو كف الطفل عن الكلام، أو السخرية من أسلوب كلامه و الإستهزاء به (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦: ١١٦).

٢. تفسير السلوكية للتلعثم :

- التلعثم استجابة شرطية.
- التلعثم كسلوك إجرائى.
- التلعثم كصراع (إقدام – إحجام).

أ. التلعثم كاستجابة شرطية :

أما المدرسة السلوكية فترى أن التلعثم سلوك متعلم لكن علماءها يختلفون في تفسير حدوثه، فبعض علماء المدرسة السلوكية ينظرون إلي التلعثم على أنه استجابة شرطيةمعتمدين على المبادئ التي وضعها بافلوف وأهمها مبدأ

الإقتران الشرطى، فالتلعثم يحدث نتيجة إقتران حالة إنفعالية ببعض المواقف الكلامية، ونتيجة للتعميم يصبح الكلام عملية مخيفة وصعبة، وهكذا يتوقع المتلعثم دائما أن أى محاولة كلامية منه سوف يعاقب عليها هذا العقاب يتمثل في عدم الطلاقة اللفظية وصعوبة إنسياب الكلام(محمد عبد الظاهر الطيب, ١٩٩٦: ١٥٤)؛ (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦: ١١٨)؛ (Wingate, 1976: 12).

ب. التلعثم كسلوك إجرائي :

ينطلق هذا الإتجاه من مبادئ نظرية (سكنر) في تفسير حدوث التلعثم على أنه سلوك إجرائى يعتمد على وجود (تعزيز) لعدم الطلاقة الطبيعية التي تحدث لكل الأطفال تقريبا في مرحلة إكتساب اللغة. وتختفي ظاهرة حدوث عدم الطلاقة الطبيعية في مرحلة إكتساب اللغة إذا لم تجد رد فعل (تعزيز) من الوالدين، هذا التعزيز إما يكون إيجابيا في صورة إهتمام من جانب الوالدين, فيزيد عدم الطلاقة وتصبح سمة من سمات كلام الطفل أو يكون تعزيزا سلبيا يأتى فيصورة رفض أو إحباط للطفل مما يؤدي إلي ظهور رد فعل التفادى والتحاشى للكلام عند الطفل مما يعزز عملية التلعثم (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦, ١١٨: ١١٩).

ج. التلعثم كصراع (إقدام – إحجام) :

يمثل صراع الإقدام – الإحجام المزدوج–أساس مشكلة التلعثم حيث يتضمن كلا من موضوعي الكلام والصمت قيمة إيجابية وأخرى سلبية, بمعنى أن المتلعثم يجد نفسه بين إختيارين أحلاهما مر، حيث يكون لدى المتلعثم الدافع إلي الكلام لتحقيق التواصل اللفظى مع الآخرين، وفي الوقت نفسه لديه دافع الإحجام عن الكلام حيث يتوقع مقدما ما تسببه له عدم طلاقته من خجل وشعور بالذنب. كما يرغب المتلعثم في أن يكون صامتا محاولا إخفاء نقص الطلاقة، وأيضا يرغب في ألا يكون صامتا لأن الصمت يؤدي إلي الشعور

بالإحباط والذنب وبذلك يصبح المتلعثم ضحية للشعور بالعجز والخوف و يتولد القلق الذي يحول بينه وبين طلاقة لسانه.

(Corsini(B), 1994: 483); (Wingate, 1976: 13), ؛(سهير محمود أمين, ٢٠٠٥: ٨٤).

وهناك خمس مستويات من الصراع الذي يؤثر على سلامة النطق وطلاقته وهي كالتالي :

١. **الصراع المرتبط بالكلمة** : حيث يكون صراع المتلعثم بين رغبة في الكلام ورغبة في الصمت عندنطق بعض الكلمات بصفة خاصة نتيجة إرتباطها ببعض صعوبات النطق التي سبق أن اكتسبها من خبرات سيئة سابقة قد أعاشها.

٢. **الصراع المرتبط بالمحتوى الإنفعالي** : يرتبط الصراع بمضمون أو محتوى الكلام بشكل يؤثر على المستوى الإنفعالي للمتلعثم.

٣. **الصراع المرتبط بمستوى العلاقة** : الصراع هنا مرتبط بطبيعة ونوع العلاقة بين المتلعثم والمستمع حيث يزداد دافع الإحجام عن الكلام أمام بعض الأفراد دون غيرهم.

٤. **الصراع المرتبط بالموقف** : يتولد الصراع عندما يواجه المتلعثم رغبتين متضادين للدخول فيالموقف والإبتعاد عنه.

٥. **الصراع المرتبط بحماية الأنا** : حيث يرتبط الصراع بالتحدث في مواقف تمثل تهديد للأنا كموقف تنافس يحتمل الفشل أو النجاح (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦: ١٢٠)؛ (سهير محمود أمين, ٢٠٠٥: ٨٥).

ومن هنا نجد أن السلوكيين حاولوا تفسير التلعثم بإعتباره سلوكا لفظيا متعلما, حيث أرجعه بعضهم إلي ارتباطه بمثير شرطى (الكلام مع الآخرين) ينتزع استجابة التلعثم من الفرد, بينما أرجعه البعض الآخر إلي ما حصل عليه الفرد من تعزيز نتيجة ممارسة التلعثم, وقد يتمثل ذلك في جذب انتباه الآخرين أو

استدرار عطفهم واهتمامهم, ويعتبر البعض أن التلعثم عبارة عن سلوك إحجام أو هروب من موقف (مثير) غير مرغوب يثير انفعالات أو استجابات مؤلمة لدى الفرد مثل التوقف, التكرار , الخجل, التوتر ... الخ, وبالتالي يمارس التلعثم تجنبا للألم الذي يتعرض له من جراء ذلك (عبد العزيز السيد الشخص, ١٩٩٧, ٢٩١: ٢٩٢).

٣. النظرية الظاهرتية (التمركز حول العميل) :

افترض روجرز أن كل فرد يستجيب ككل منظم للواقع كما يدركه، وهو الذي يقرر مصيره الخاص به، ويستطيع أن يفعل كل شئ في حدود قدرته إذا أراد أن يفعل وأتيحت له الفرصة لذلك، فينظر إلي ذاته ويدركها كما هي لا كما يدركها الآخرون، وفي حالة الشخص المضطرب فإنه يدرك ذاته بشكل فيه مبالغة غير واقعية سواء إن كانت هذه المبالغة سلبية أى لا يعطى ذاته ما يجب أن تستحقه من إحترام وثقة وقدره على تحقيق الأهداف فيشعر بالنقص وعدم الكفاءة مما يجعله يتجنب التفاعلات الإجتماعية كما يحدث لدى الطفل الذي يعانى من التلعثم, و على الجانب الآخر يكون هناك شخص يدرك ذاته بشكل مبالغ فيه إيجابيا من خلال شعوره بالعظمة، وكلتا الحالتين تحتاج إلي الإرشاد والعلاج (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦: ١٢١).

وتفسير حدوث التلعثم من وجهة نظر التيار الظاهرياتى يأتى على أساس أن التلعثم يحدث نتيجة لتفاعل كل من الانتباه المتمركز حول الذات من خلال الإدراك للذات بشكل مبالغ فيه بصورة سلبية، وتوقع التقديرات السلبية من الآخرين، وفي هذه الحالة يكون العلاج منصبا على العميل نظرا لما يمتلكه من قدرات كامنة لها القدرة على أن تخلصه من مشاكله، ولأنه لا يستطيع بمفرده إستغلال هذه القدرات فهو يحتاج لمرشد نفسى أو معالج يرشده لقدراته الكامنة ويساعده علىتحريرها ليدرك العميل ذاته كما هي لا كما يدركها الآخرون، ويتم ذلك من خلال تنمية وعى العميل بذاته من خلال التقدير الموجب غير الشرطى (تقدير العميل كما هو) بحيث يكون هذا التقدير

لشخص العميل وليس لكل ما يصدر عنه من سلوك (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٥, ٥٧: ٥٨).

٤. **نظرية السيطرة المخية Cerebral Dominance :**

تعد نظرية السيطرة المخية من الأفكار المبكرة التي قدمت لتفسير التلعثم, وقد عرف منذ وقت بعيد أن نصف المخ الأيسر يلعب دورا أساسيا في الكلام واللغة. وتنص نظرية السيطرة المخية على عدم انتظام توقيت وصول النبضات العصبية إلي العضلات الطرفية

(عبد العزيز السيد الشخص, ١٩٩٧: ٢٨٢), (Nicolosi, et al.,1996, 262: 263).

وقد ظهرت نظرية السيطرة المخية في العشرينات من هذا القرن وترجع سبب التلعثم إلي إجبار الأطفال الذين يستخدمون اليد اليسرى على الكتابة باليد اليمنى، وعلى الرغم من ذلك وبعد سنوات عديدة لم تؤكد هذه النظرية بعد إختبارها وجود أي دليل يساند هذه الفكرة.

هذا, وقد تولد إهتمام ملحوظ عبر السنوات الماضية بإحتمالية وجود تفسير "عصبى" للتلعثم، حيث تتيح لنا التقدمات الطبية والعلمية والتكنولوجية فهما أحسن للطريقة التي يتحكم بها المخ في الكلام واللغة، فمن المعروف أن معظم المتحدثين يستخدمون الجانب الأيسر من المخ لممارسة اللغة. هذا, وتشير النتائج الأولية إلي وجود بعض الإختلافات بين البالغين المصابين بالتلعثم وغيرهم، وأن الأشخاص المصابين بالتلعثم يستخدمون الجانب الأيمن من المخ لممارسة اللغة أكثر من المتحدثين بطلاقة

(محمد عبد الظاهر الطيب, ١٩٩٦: ١٤٨)؛ (لينا روستين وآخرون, ٢٠٠٤: ١٥)؛(Dennis, 2004, 133: 135).

ومن رواد هذه النظرية أورتون وترافس حيث يفترضان أن المتلعثمين ينقصهم السيطرة المخية على القدرة الكلامية والنطق، إنطلاقا من أن الفص الأيسر من المخ هو المسئول الأساسي عن التحكم المركزى للغة في كل الأشخاص الذين

يستخدمون اليد اليمنى، ومعظم الذين يستخدمون اليد اليسرى، وبذلك يكون الفص الأيسر هو الفص السائد، فإذا حدثت إصابة في هذا الفص السائد فمن الضرورى أن تتأثر اللغة, وحيث أن أعضاء الكلام مثل(الفك والشفاه واللسان) تستقبل إشارات من كل من الفصين الدماغيين، فإن هذه الإشارات لابد أن تكون متناسقة في التزامن بدقة، حتى تحدث حركة الكلام بشكل منتظم، فإذا كانت السيادة المخية غير كاملة فسوف يحدث نتيجة لذلك إضطراب في تزامن وصول هذه النبضات والإشارات من الفصين إلي أعضاء الكلام وبالتالي يكون هناك فرصة لحدوث التلعثم

(أحمد عرفان سلوطة, ٢٠٠٢: ١١١)؛ (محمود محمد النحاس, ٢٠٠٦, ١١٣: ١١٤) .(Robert, et al.,2006: 1);

ولقد بنيا أورتون وترافس نظريتهما على عدد من الحقائق منها :

١. موجات المخ الثنائية لدي المتلعثم تتسم بالتساوى في الشكل والسعة.

٢. أظهر رسم موجات المخ أن هناك إنسجام في نشاط المخ (في كلا النصفين) أثناء التلعثم ويحدث عكس ذلكأثناء الكلام الطبيعى.

٣. زيادة كهربية فيطاقة المخ الكامنة أثناء التلعثم (سهير محمود أمين, ٢٠٠٥: ٧١).

٥. نظرية إضطراب التغذية السمعية المرتدة Disturbed Auditory Feedback:

وهناك اتجاه آخر ينظر إلي التلعثم بأنه نوع من الخلل في ضبط التوقيت ينتج من تأخر التغذية المرتدة السمعية, مما يؤدي إلي تأثر تتابع العمليات اللازمة لإنتاج الصوت (محمد عبد الظاهر الطيب, ١٩٩٦, ١٤٩: ١٥٠).

ويفسر حدوث التلعثم تبعا لهذه النظرية لوجود خلل في ضبط التوقيت الكلامى ينتج عن تأخر التغذية السمعية المرتدة، مما يؤدي إلي إضطراب في تتابع العمليات اللازمة للكلام، حيث تصل التغذية السمعية المرتدة إلي الأذن الداخلية، هذه التغذية السمعية المرتدة تصل إلي الدماغ في أوقات مختلفة

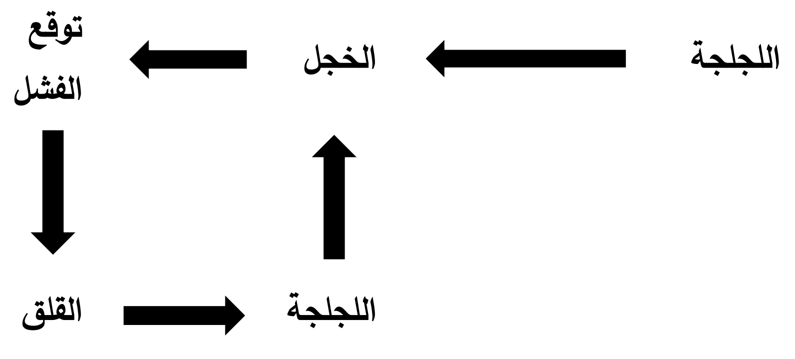
وأباضطراب في توقيت توصيل المعلومات الكلامية إلي الدماغ يمكن أن يؤديإلي التلعثم (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦: ١١٥)

وبناء على هذا يفترض أن عملية إخراج الكلام تحتوى علىدائرة مغلقة للتغذية المرتدة التي يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه وعندما تتأخر تلك التغذية المرتدة يحدث تكرار للصوت ويميل إلي الإستمرار لا إراديا(أحمد عرفان سلوطة, ٢٠٠٢: ١٠٩)؛ (سهير محمود أمين, ٢٠٠٠: ٣٤)

٦. نظرية توقع التلعثم An Expectancy Theory of Stuttering :

وهذه النظرية تفترض أن أى كائن يتعلم تفادى المنبه غير المحبب إليه, وهذا يتوقف على ما يسبق هذا المنبه أو توقعه له, وهذا ما يحدث بالنسبة للمتلعثم عندما يتوقع الخوف من كلمة أو موقف معين, فهو يتلعثم بشدة, فقد رأى ويشنر أن التلعثم يحدث عندما يشعر الشخص بالتوتر والقلق نتيجة لتوقع رد فعل المستمع له, لكن إذا اختفى هذا الشعور أو تعلم المريض كيف يتخلص من شعوره بالقلق والخوف بسلوك التفادى فسوف يقل التلعثم لديه (نوران العسال, ١٩٩٠: ٣٢).

وفكرة التوقع عامل مؤثر وهام في حدوث التلعثم، حيث أنه وبالرغم من كثرة النظريات التيحاولت تفسير ظاهرة التلعثم والتي تتراوح بين التفسيرات التي إعتمدت على الأسباب النفسية هي المسئولة عن تلك الظاهرة، إلا أن فكرة توقع التلعثم هي التي تؤدي بالفعل إلي حدوث التلعثم لأن الفرد عندما يتوقع حدوث صعوبات في الكلام يصبح قلقا إزاء العملية الكلامية، قبل بدء محاولة الكلام، وبذلك يرى أن توقع الفشل يؤدى إلي القلق، ومن ثم يؤدى إلي التلعثم وهذا ما يطلق عليه بالحلقة المفرغة.



(سهير محمود أمين, ٢٠٠٥: ٨١)

وبتحليل تلك النظرية نجد أنه سرعان ما يتحول إعتقاد الطفل الأولىبصعوبة الكلام إلي مفهوم للذات بأنه متلعثم، و أن عددا من الكلمات أو الحروف صعبة النطق بالنسبة له, وهذا الإعتقاد لا يؤدي فقط إلي التلعثم, وإنما يساعد أيضا على تخليده، لذا فإن النظرية تتوقع أن المتلعثم سوف لا يواجه صعوبة في كلامه إذا أمكنه أن ينسى أنه متلعثم.

٧. النظرية التشخيصية في التلعثم Diagnosing Theory Of Stuttering :

أكد بعض الباحثين أن كلام الطفل المصاب بالتلعثم لا يختلف في الأصل عن كلام الطفل العادى, ولكن الأهل الذين لاحظو شيئا من التلعثم الطبيعى عند طفلهم وراحوا يعتبرون أن طفلهم غير قادر على التكلم بشكل طبيعى, تنتقل فكرتهم هذه إلي الطفل نفسه دون شعور منه, فهو أيضا يصبح ظانا أنه لا يستطيع التكلم كالآخرين وأنه مصاب بعلة أونقص, فينظر إلي نطقة بشئ من القلق وعدم الرضا, وأن الأطفال يمرون سريعا وبشكل تلقائى خلال فترات التلعثم التي تنتابهم طالما أن أحدا لم يلاحظ عليهم ذلك. وأن الأطفال الذين يتلعثمون بشكل ضعيف نراهم يتكلمون بشكل طبيعى تماما عندما يكونون وحدهم أو عندما ينشدون الأناشيد أو عند التحدث إلي بعض أصدقائهم بينما يتلعثمون عند التحدث بشكل منفصل أو إلي أحد والديهم (سهير كامل أحمد (أ), ١٩٩٨, ١٠٦: ١٠٧).

وتقوم هذه النظرية على إفتراض أن التلعثم يبدأ عند التشخيص من قبل المحيطين بالطفل حيث يفترض أن معظم الأطفال عادة ما يعانون في بداية تعلمم للكلام من أنماط الكلام غير العادية، ولكن هناك بعض العوامل التي تساعد أو تؤدي إلي تطور هذه الأنماط لتصبح تلعثما حقيقا. ولقد حاول جونسون التأكد من صحة نظريته فأجرى بعض الدراسات على بعض الأطفال المتلعثمين وسؤال أولياء أمورهم عن المظاهر المبكرة لصعوبات الكلام لدى أطفالهم، وقد توصل إلي أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من عدم الطلاقة هم أطفال عاديون بشكل عام، وأن ما شخصه الوالدين على أنه تلعثم حقيقي لم تكن إلا اضطرابات عادية. ولكن قلق الوالدين على كلام الطفل بشكل مبالغ فيه وحرصهم على تصحيح أخطاء الكلام لفت إنتباه الطفل إلي أن كلامه غير طبيعى وبالتالي تولد لدى الطفل القلق والخوف من مواقف الكلام، بل ويحجم عنها تحسبا وتوقعا للفشل، هنا يصبح تلعثم الطفل تلعثما حقيقيا (أحمد عرفان سلوطة, ٢٠٠٠, ١١٦: ١١٧)؛ (سهير محمود أمين, ٢٠٠٥, ٩١: ٩٢).

٨. نظرية ألفا المستثارة Alpha Excitability :

تنصب هذه النظرية على الإعتقاد بوجود عامل فسيولوجى عصبى يمكن أن يفسر التلعثم، وقد افترضت النظرية وجود بعض التغيرات فى تخطيط كهربائية الدماغ عند المتلعثمين, أنه يوجد زيادة ونقص فى الإثارة الدماغية تصاحب الجهد الكهربائى المكون لموجات ألفا فيتخطيط كهربائية الدماغ، وعليه فإن خلايا القشرة الدماغية تكون في أقصى إستثارتها في قمةالموجة وتكون غير مستثارة في نهاية الموجة، وهذا يعنى أن في جميع الأوقات توجد خلية أو أخرى من خلاياالدماغ في حالة من النشاط مما يؤدي إليسرعة الإستقبال الحسى شاملة للتغذية الحسية المرتدة، وبالتالي سرعة السلوك الحركى الكلامى، كما يحدث التلعثم نتيجة عدم توافق المنبهات الحسية والسلوك الحركى للكلام، مما يؤدي إلي تكرار الأصوات كما يمكن تفسير سبب حدوث

التطويل الذي يحدث أثناء نطق المتلعثم على أنه حدوث لمنبه حسى متأخر قليلا عن موجة ألفا المستثارة، فيحاول المتلعثم النطق فيحدث تطويل في الصوت حتى يتزامن مع موجة ألفا التالية(أحمد عرفان سلوطة, ٢٠٠٢, ١٠٧: ١٠٨).

تشخيص وتقييم التلعثم :

تعد عملية تقييم التلعثم من أهم الخطوات التي يقوم عليها علاج التلعثم فمن خلالها يتم وضع الخطة العلاجية المناسبة للطفل المتلعثم, فإنه يهدف إلي:

- معرفة نوع التلعثم.
- معرفة شدة التلعثم.
- وضع الخطة المثلى البرنامج العلاجى.
- متابعة التحسن الذي يطرأ على المريض.

وتنقسم العملية التشخيصية إلي عدة مراحل :

المرحلة الأولى : مرحلة الفحص المبدئي للمريض :

وتبدأ هذه المرحلة بعد مرحلة الآباء والأمهات أو الأشخاص القريبين من الحالة لمظاهر غير عادية للنمو اللغوي لدى الشخص المتلعثم, ثم اللجوء به إلي الأخصائيين في قياس وتشخيص الاضطرابات اللغوية. وتشمل هذه المرحلة أخذ التاريخ المرضيكاملا للحالة, ويتضمن ذلك معرفة عمر الشخص المتلعثم وترتيبه في أسرته بين الإخوة ومعرفة ما إذا كان هناك حالة مشابهة في العائلة والمستوى الاجتماعي للأسرة, ثم السؤال عن أي مشاكل دراسية أو اجتماعية يعاني منها الشخص المتلعثم, ثم السؤال عن السن الذي بدأ فيه التلعثم ومعرفة رأي الأسرة والشخص المتلعثم عن السبب الذي يكمن وراء التلعثم, ثم السؤال عن العوامل التي يتأثر بها التلعثم بالزيادة أو النقصان وإذا كان هناك خوف من كلمة معينة أو صوت أو موقف معين يتلعثم فيه بشدة, وبعد ذلك يتم سؤال الشخص المتلعثم عن تقييمه الشخصي لتلعثمه, وعما إذا

كانت هذه المشكلة تسبب له ضيق شديد بدرجة يتفادى فيها الكلام مع الآخرين, وأي أسلوب من أساليب التفادى يتبعه, ثم يقوم الشخص المتلعثم بوصف نوع التفادي الذي يستخدمه, وبعد ذلك يأتى تقييم اللغة والكلام فيتم الاستماع إليالشخص المتلعثم ثم التعليق على الصورة الإكلينيكية للتلعثم مثلوجود إطالة, أو تكرار, أو وقفات, وملاحظة وجود أي حركات لا إرادية مصاحبة بالوجه أو الجسم (نوران العسال, ١٩٩٠: ٥٦).

المرحلة الثانية : مرحلة الاختبار الطبي الفسيولوجى للحالة :

ويتم في هذه المرحلة فحص الشخص المتلعثم بواسطة أطباء ذوي الاختصاص في موضوعات الأنف والأذن والحنجرة, وذلك لفحص التجويف الفمي والبلعومي, مع التعليق على حركة الشفاه واللسان وحركة سقف الحلق الرخو Soft Palate, وسقف الحلق الصلب Hard Palate, والحنجرة لمعرفة مدى سلامة الأجزاء ذات العلاقة بالنطق والكلام.

المرحلة الثالثة: مرحلة اختبار القدرات الأخرى :

وفي هذه المرحلة وبعد التأكد من خلو الشخص المتلعثم من الاضطرابات العضوية, يتم تحويل هذا الشخص إلي ذوي الاختصاص في الإعاقة العقلية, والسمعية, والشلل الدماغى, وذلك للتأكد من سلامة أو إصابة الشخص المتلعثم بإحدى هذه الإعاقات (فاروق الروسان, ١٩٨٩: ٢٢٠).

وكذلك يتم في هذه المرحلة التعرف على مستوى القدرة العقلية العامة بالاستعانة بالمقاييس والاختبارات العقلية المناسبة للمستوى العمري والتعليمي. علاوة على تطبيق بعض الاختبارات الشخصية التي تمكن الأخصائي من الوقوف على سمات شخصية المتلعثم ومستوى التوافق النفسي والإجتماعي لديه, والكشف عن المشكلات التي قد يعاني منها المتلعثم بشكل عام (إيناس عبد الفتاح, ١٩٩٩: ٩).

المرحلة الرابعة : مرحلة تقييم شدة التلعثم :

تعد عملية تقييم شدة التلعثم من أهم الخطوات التي يقوم عليها علاج التلعثم, فمن خلالها يتم وضع الخطة العلاجية المناسبة, ولقد قامت بوردن (Broden, 1990) بإستعراض عدد من الأبعاد التي تساعد على تميز التلعثم وهي :

- شدته (منخفضة, متوسطة, شديدة).
- مظاهره (ظاهرة, مستترة).
- المراكز التي يحدث عندها التوقف أثناء التلعثم (شفهية, حنجرية, تنفسية).
- الخصائص الصوتية (ثابتة, متحركة).
- نـــــوع ســـــــلوكيات (صــــــور) التلعــــــثم (التطويـــــــل، التكـــــرار) (Huinck,Wendy,2006:44) ويذكر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للرابطـة النفسـية الأمريكيـة (DSM-IV,1994) أن المعـايير التشخيصـية للتلعثم هي:

أ- اضطراب في الطلاقة الطبيعية وفي الأنماط الزمنية للكلام (بطريقة غير مناسبة لعمر الفرد).

ويتم الحكم عليه بحدوث واحد أو أكثر من الخصائص الآتية بصورة متكررة:

- تكرار الأصوات والمقاطع.
- إطالة الأصوات.
- إصدار أصوات خافته دالة على الانفعال.
- التوقف أثناء نطق الكلمات (تكسير في الكلمات).
- الوقفات الصامتة أو المسموعة أثناء الكلام.
- الإسـهاب فـي الكـلام (وهـو يعنـي اسـتبدال كلمـات بـأخرى ليتجنـب الكلمـات التي بها مشكلة).
- إنتاج الكلمات تحت مجهود بدنى وتوتر شديد.
- تكرار المقاطع الآحادية والتي تعتبر كلمة مثلI. I. I. I. See Him.

ب- اضطراب في الطلاقة يقف عقبة أمام الإنجاز الأكاديمى أو المهنيأو مع التواصل الاجتماعي.

جـ- حينما تظهر لديهم عيوب في الجهاز الحركي للكلام أو في الإحساس به, فإن الصعوبات الكلامية لديهم توجد بصورة زائدة عن الآخرين الذين عادة ما تكون لديهم مثل هذه المشكلات..(DSM – IV, 1994: 65).

ويؤكد (Thomas, Carys & Howell, Peter, 2001: 315) على أنه يجب عند تقييم التلعثم أن نحصل على عينات كلامية في بيئتها الطبيعية, وأن يتم تجميعها بدون معرفة الشخص المتلعثم أنه يأخذ منه العينة الكلامية في ذات الوقت, حتى لا يحاول تغيير رد فعله (كأن يتظاهر بالتحدث بطلاقة) مما يؤثر على نتائج التقييم. ويمكن تجميع العينات الكلامية للشخص المتلعثم في المواقف التالية:

أ- عمل تسجيلات منزلية للشخص المتلعثم وهو يتحدث مع أعضاء أسرته في المنزل.

ب- يمكن عمل تسجيلات للمتلعثمين وهم يتحدثون مع أصدقاء الأسرة أو الأقارب في منازلهم بعيداً عن البيئة المنزلية للمتلعثم نفسه.

د- تسجيل المحادثات مع المعالجين.

والخطوات السابقة هي إجمالا لعملية التشخيص, ولكن يجب الإشارة إلي أن هذه الخطوات غير منفصلة عن بعضها بحدود وإنما تتداخل مع بعضها البعض, ولا يقوم بها فرد واحد أو مجموعة أفراد منفصلين, وإنما يجب أن يتم في إطار فريق العمل الواحد حتى يمكن إصدار الحكم الصحيح والدقيق.

طرق علاج التلعثم

اختلفت طرق علاج التلعثم اختلافا كبيرا كنتيجة لإختلاف النظريات التى وضعت لتفسير التلعثم, بالإضافة إلى تشابك العوامل المؤدية إلي تلك الظاهرة النفسية المركبة والمتداخلة المتغيرات فالتلعثم يعد ظاهرة غاية في التعقيد،

حيث أن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض، فهي تتضمن عوامل تكوينية كيميائية عصبية نفسية وبيئية واجتماعية.ولذا تعددت وتفاوتت الطرق ابتداءا من وسائل بدائية للعلاج إلى أخرى حديثة أكثر نسبيا أو أكثر إقناعا تستخدم اليوم.

وسوف تقوم الباحثة بإستعراض بعض هذه الأساليب.

١- عن طريق الإرشاد :

تمضى خطة علاج التلعثم فى إتجاهين أولهما الإرشاد للمتلعثم وأسرته, والإتجاه الثانى هو برنامج العلاج الذى يقوم على أساس إبدال السلوك اللفظى التخاطبي المضطرب بسلوك لفظى تخاطبى آخر صحيح, حيث يعتبر الإرشاد طورا هاما من أطوار العلاج الشامل فى أى برنامج علاجى يوضع لعلاج التلعثم (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦: ١٢٩).

وتطورت طرق استخدام الإرشاد في العلاج مرض التلعثم تطورا ملحوظا خلال الثلاثة عقود السابقة، ففي الستينات سلك المعالجون طرقا للعلاج لا يشتمل على برنامج الإرشاد وإنما كان التركيز على طرق تحوير السلوك الخاطئ.

وفي منتصف السبعينات أدرك كثير من المعالجين أنه على الرغم من نجاح خطة علاج مرضى التلعثم في اكتسابهم طلاقة الحديث، إلا أن هذا لم يمنع الاحتياج إلي برنامج الإرشاد في كثير من أولئك المرضى، وذلك للمحافظة على تلك الطلاقة المكتسبة. وفي نهاية السبعينات وبداية الثمانينات أدرك كثير من المعالجين أهمية الرجوع مرة أخرى إلي استخدام طريقة الإرشاد وإدماجها مع طرق تحوير السلوك لتهيئة المنتقع قبل إحداث تغيير في سلوكه(هبة سليط , ١٩٩٥: ٣٢).

ويهدف الإرشاد إلي إرساء قاعدة يبدأ منها عملية إبدال السلوك اللفظى التخاطبي المضطرب, من خلال تكوين فكرة عن طبيعة المشكلة التخاطبية وطرق علاجها, وتعديل الإتجاه نحو الطفل المتلعثم فى سبيل محاولة مساعدته وإتاحة جو للتنفيس الإنفعالى له, وتوفير الدعم النفسى والمعنوى له, علاوة

على إلقاء الضوء على الاضطرابات الأخرى المصاحبة للتلعثم والمساعدة فى إيجاد حلول لها (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦: ١٢٩).

٢- عن طريق الاسترخاء :

لاحظ بعض العاملين في مجال التلعثم اختفاء حدة المظاهر الخارجية للتلعثم في حالة ما إذا كان الفرد مسترخيا. ومنظورهم في هذا أن التلعثم في حالة الاسترخاء يكون أقل إحساسا بالخوف وبالتالى لن يلتفت للتلعثم أو يعاني منه، ويتم الاسترخاء بإحدى الطريقتين إما الاسترخاء عن طريق النوم أو الاسترخاء عن طريق العلاج الطبيعى (أحمد رشاد, ١٩٩٣: ٥٣).

٣- عن طريق العلاج النفسي :

بناء على افتراض أن التلعثم قد يكون عصابى المنشأ فإن أصحاب هذه النظرية يستخدمون العلاج النفسي كوسيلة لعلاج التلعثم (نوران العسال, ١٩٩٠: ٧٣).

ومن أشهر الطرق العلاجية النفسية التي استخدمت في علاج التلعثم هي الدراما النفسية وهى أسلوب علاجي يؤدىإلي تنمية اللغة والفكر وتخرج كل الإنفعالات الداخلية عند الطفل والتي تؤدي للتلعثم (أحمد رشاد, ١٩٩٣: ٦٢).

وقد أكد (بلادشتين ١٩٦٩ Bloodstein وفان رايبر ١٩٧٣ Vanriper) أن العلاج النفسي بوسائله المختلفة لا يحسن التلعثم إلا أنه يجعل المريض أكثر أملا في الشفاء. كما لاحظ أنه مع الخوف الاجتماعي الذي يصاحب المتلعثم يقل بدرجة ملحوظة بالعلاج النفسي بدرجة تجعل المريض يتحدث في بعض المواقف التي كان يخافها من قبل إلا أن الخوف من الكلمة أو الصوت لم يتحسن. وبذلك يتضح لنا أن العلاج النفسي ما هو إلا وسيلة تجعل المريض أقل قلقا وتجعله يتقبل مشكلته بطريقة أفضل لكنه لا يتحسن التلعثم (نوران العسال, ١٩٩٠: ٧٤).

٤- عن طريق العلاج الجراحي :

تعتبر هذه الطرق العلاجية من الوسائل البدائية التي استخدمت لعلاج التلعثم حيث لا يوجد لها أساس علمي سليم.ويتم ذلك عن طريق كى اللسان وقطع العصب المغذي له من قطع إحدى العضلات الخارجية له وذلك للتقليل من توتر عضلات اللسان المصاحب للعثرات. وفي بعض الأحيان شمل العلاج الجراحى استئصال اللوزتين ولحمية خلف الأنف(هدى عبد الواحد, ١٩٩٨، ٦١: ٦٢).

٥- عن طريق العلاج الطبى بالعقاقير :

استخدمت بعض المهدئات والمنبهات كعلاج للتلعثم وذلك لوجود علاقة بين القلق والتوتر وبين التلعثم, فهناك محاولات لعلاج التلعثم عن طريق العقاقير والأدوية ويمكن وصف هذه الأدوية من قبل طبيب أخصائى مع العلم أنه لا يوجد الآن دواء فعال ضد التلعثم، ومعظم الأدوية التي تعطى للمرضى الذين تطور لديهم التلعثم إلي الشكل الحاد التشنجي أو الانقباضي، وهذه الأدوية في معظمها تحتوي على مهدئات من القلق والانفعالات, وعلى اعتبار أن معظم حالات التلعثم ترجع إلي عوامل نفسية واضحة، ويعتقد بعض الأطباء بأن الدواء الفعال ضد التلعثم هو المضاد للتشنجات " كما في أدوية الصرع", كما تفيد أيضا المهدئات النفسية.

٦-عن طريق التحكم في النفس :

حيث أن التلعثم يشمل التغيرات غير الطبيعية في التنفس فإن بعض التدريبات على النفس قد وصفت كعلاج للتلعثم، مثل: التوقف عند الخوف من كلمة معينة. ثم أخذ هواء الشهيق عدة مرات ثم الكلام خلال هواء الزفير. ولكن هذه الطريقة تؤديإلي تحسن مؤقت نتيجة لإبعاد فكر المريض عن مشكلته ولكنها تفقد تأثيرها بعد أن يتعود عليها المتلعثم.وتعود المشكلة مرة أخرى للظهور (هدى عبد الواحد, ١٩٩٨: ٦٢).

٧- عن طريق الصدمات الكهربائية :

والذى استخدم منذ فترة بعيدة نسبيا وثبت فشله تماما وأنه غير ذو سبب واضح وهو أن التلعثم لا يكون مصحوب بأى إصابة عضوية في عضلات الكلام. والعكس هو الصحيح المتلعثم يستخدم العضلات المسئولة عن الكلام بشدة واضحة، لذلك فإن استخدام الصدمات الكهربائية لن يكون له قيمة فعلية في تحريك عضلات اللسان. لأن المتلعثم يستخدم عضلات الكلام فعلا ولكن بشدة.

والعلاج عن طريق الصدمات الكهربائية يدخل تحت نطاق العلاج السلوكى بطريقة أو بأخرى. حيث يعطى المريض صدمات كهربائية في حالة تلعثمه كنوع من العقاب ويصبح لديه ارتباط شرطى. في أنه إذا ما تلعثم فسوف يلقى في الحال الصدمة الكهربائية التي تمنعه من التلعثم (أحمد رشاد, ١٩٩٣: ٥٥).

٨- عن طريق الكلام الإيقاعى بالمترنوم :

يتم ذلك من خلال جهاز المرتنوم حيث تقوم هذه الطريقة بناء على ملاحظة أن درجة اللجلجة (التلعثم) تنخفض حيث يتكلم المتلجلج (المتلعثم) بطريقة إيقاعية Rhythmic Manner، ولذلك استخدمت آلة المترونوم Metronome التي تساعد على نطق كل مقطع مع كل إيقاع، حيث تستخدم هذه الآلة في تجزئة المقاطع وفقا لزمن محدد على أن يتم إخراج نطق المقاطع على فترات زمنية متساوية، فيقسم موضوع القراءة إلي كلمات يسيره تقرأ بتناسب مع توقيت آلة المترونوم ومن ثم يحدث تقدم تدريجى في طريقة الكلام (سهير محمود أمين, ٢٠٠٠: ٤٦).

٩- عن طريق العلاج الجماعى :

يتم فيها تشجيع الأشخاص الذين يعانون من التلعثم على التعبير عن مشاعرهم المتعلقة بمشكلاتهم أمام بعض اللأفراد الذين يعانون أيضا من التلعثم, وهى طريقة مفيدة في علاج الأطفال والكبار في كثير من المشاكل النفسية لأن المريض في العلاج الجماعيرى غيره ممن يعانون بنفس أعراض التلعثم من

صعوبة في الكلام وارتعاش الشفاه وغيرها فيشعر بأنه ليس الشاذ الوحيد في هذا المرض بل إن كثيرون غيره يعانون من نفس الحالة مما يخلق جو من المشاركة الوجدانية بين المرضى أى تقدم في العلاج لأحد المرضى يدفع بالآخرين للتنافس وازدياد الواقعية للشفاء (أحمد رشاد, ١٩٩٣، ٥٦: ٥٧).

١٠- عن طريق تأخير التغذية المرتدة السمعية أو تكنيك رجع الصدى :

أكد (وينجت Wingate, ١٩٧٠) إن استخدام تأخير التغذية السمعية المرتدة عن طريق جهاز إلكتروني يوضع فى الأذن يؤدى إلى تحسن التلعثم, بسبب البطء في الكلام والإطالة في الأصوات المتحركة والتي تنشأ نتيجة للتأخر في التغذية السمعية المرتدة (نوران العسال, ١٩٩٠: ٨٢).

حيث تعتمد هذه الطريقة على أساس أن الشخص المتلعثم حين يتحدث مع غيره فإنه يسمع نفسه كما يسمعه الآخرين وأن عدم سماع المتلعثم لنفسه تجعله لا يشعر بالإحساس بالذنب والإحباط، وبالتالي يقل إحساسه بالخوف من الكلام مما يساعده على الإنطلاق في الحديث.

وأول من اقترح العلاج باستخدام هذه الطريقة هو " تشيز " عام "١٩٥٨" كما أشار إليها بركنز عام "١٩٧٦" وأيضا شاميس، فلورنس عام "١٩٨٠" وتعتمد هذه الطريقة على إبطاء سماع المريض لنفسه أثناء الحديث بحوالي ٥٠ ثانية تقريبا، ويتم ذلك بوضع سماعات على أذن المريض متصلة بجهاز إبطاء رجع الصدى، وبالتالي فإن المريض لن يسمع أخطائه أثناء الحديث وبالتالي يشعر بالإحباط أو الفشل، وبالتالي لن يكون لديه الخوف المصاحب للتلعثم،وهكذا ينطلق لسانه ويستمر الإقلال من سماع رجع الصدى من٥٠ثانية إلي ٢٥ ثانية وهكذا حتى يصل إلي المعدل الطبيعى لسماع صوت المتكلم لنفسه أثناء الحديث (أحمد رشاد, ١٩٩٣: ٥٧).

١١- عن طريق تظليل الكلام أو الاقتفاء :

تعتمد هذه الطريقة على الاقتفاء ومحاكاة وتقليد الطفل المتلعثم لكلام المعالج, فيكرر ما يقوله المعالج بحيث يكون كلام الطفل متزامنا مع كلام المعالج فى نطق كل كلمة (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٦: ١٣٥).

واستخدمت وسيلة التظليل كوسيلة علاجية لعلاج حالات اللجلجة (التلعثم). حيث أثناء الجلسة العلاجية يقرأ المتلجلج (المتلعثم) بصوت مرتفع القطعة نفسها التي يقرأها المعالج ومعه في الوقت نفسه بفارق جزء من الثانية وغالبا ما يتحسن المتلجلج, وتنخفض درجة اللجلجة (التلعثم) بشكل ملحوظ أثناء الجلسات العلاجية، وقد استخدم شيري سايرز Cherry ,Sayyers هذه الطريق لعلاج بعض الأفراد المتلجلجين. وقد لاحظ أن هناك تحسنا طرأ على طريقة الكلام (سهير أمين, ٢٠٠٠: ٤٦).

وقد أوضح فان ربير (١٩٧٣) أن طريقة علاج التلعثم بالتظليل قد يفيد مؤقتا ولكن لايمكن استخدامها خارج حجرة العلاج, وبالتالى لا يمكن أن يكون لها أثر فعال يعم المواقف الكلامية المختلفة, مما لا يجعل هذه الطريقة ذات أثر علاجى إيجابي مستمر (Van Riper, 1973:75).

١٢- عن طريق عدم التفادي لفان رايبر :

تعتبر طريقة فان رايبر "١٩٧٣" Van Riper من أكثر الطرق شيوعا لعلاج التلعثم. بيتر وجوتير "١٩٩١" يفترضا أن تكنيك عدم التفادى من أفضل البرامج لتحوير سلوك المتلعثمين، حيث يعلم الإكلينيكي المتلعثم كيفية تصوير السلوك لحظة حدوث التلعثم ونقص الخوف من التلعثم مع التخلص من السلوك التجنبى (أحمد عبد السلام, ١٩٩٣: ٦٩).

وقد قسم فان رايبر طريقته إلي ٦ خطوات هي :

١- **التشجيع** : الهدف من هذه الخطوة هو جعل المتلعثم أكثر أملا في الشفاء بأن تجعله يتخلص من الإحباط والخوف الذي لازمه خلال رحلته الطويلة مع مشكلته مع التلعثم, وهذا يمكن أن يتحقق بعدة طرق منها أن يتقابل المتلعثم مع متلعثم آخر قد تم تحسنه أو من خلال سماعه لشريط تسجيل أو مشاهدة

شريط فيديو لتوضيح مدى تحسن المريض بعد إتمامه لطريقة العلاج. وهذه الخطوة لا تتم فى بدء العلاج فقط ولكن يجب تكرارها خلال كل مراحل العلاج.

ب- **التعرف على المرض** : الهدف من هذه الخطوة هو أن يتعرف المريض على الكلمة التي يخاف من نطقها وأن يتعرف على المواقف التي يتلعثم منها بكثرة ومتى وكيف تظهر الحركات المصاحبة ومتى وكيف يتفادى الكلام مع الآخرين. وتعتبر هذه الخطوة من الخطوات الرئيسية فى العلاج حتى يمكن تغيير السلوك.

جـ- **إضعاف الحساسية للمرض** : الهدف من هذه المرحلة هو أن تجعل المريض يواجه مشكلته وأن يقلل من قلقه ومن الإنفعالات النفسية الأخرى المصاحبة للتلعثم. وهذا يتحقق من خلال عدم تعزيز لسلوك التلعثم ومنع ردود الفعل القديمة التى كانت تظهر للمريض بعد حدوث التلعثم وفى هذه المرحلة يقوم المعالج بوضع برنامج علاجى متدرج حتى يستطيع المريض تنفيذه بأن يتغلب على الخوف والقلق الذى يصاحب بعد المواقف والتى يزداد فيها تلعثمه. كما يوضح للمريض أن القلق والخوف مطلوب لكل شخص لكن بنسب غير مبالغ فيها.

د- **التغيير** : الهدف هو أن نساعد المريض في معرفة أنه يمكن أن يغير من سلوكه غير الطبيعي في الكلام. وبذلك يستطيع أن يتلعثم بطلاقة دون الحاجة إلى الخوف أو التفادى وهذا يتأتى عن طريق تغيير بعض سلوك المريض العام فى الحياة قبل أن يغير سلوكه فى الكلام. ثم يجئ دور تحوير المرض لكلامه بأن يضعف من ارتباط أعراض التلعثم بعضها البعض وذلك بأن يغير من ترتيب حدوثها أو يحذف أحداهما أو يضيف سلوكا جديدا سليما.

هـ- **التقريب** : وتتم هذه المرحلة عن طريق ثلاث خطوات :

١- **الإلغاء Concellation** : وفيها يقوم المريض بالتوقف عن الكلام عندما يتلعثم في صوت ومقطع. ثم يقوم بإعادة هذه الأصوات مرة أخرى حتى فى وجود الخوف من فقدان انتباه المستمع له ويجب على المريض أن يكمل الكلمة بما فيها من عثرات قبل تكرارها مرة أخرى.

٢- **الاعتدال Pull Outs** : يقوم المتلعثم بتطبيق ما تعلمه في مرحلة الإلغاء عندما يشعر بصعوبة في نطق إحدى الكلمات ولكن بدلا من التوقف عن الكلام ثم تكرار الكلمة يقوم المريض بتطويل الصوت الذى حدث فيه التلعثم حتى يتمكن من أن يصحح مسار الأداء الكلامى لهذا الصوت. أى أن فى هذه المرحلة يكون ما يفعله المريض أثناء التلعثم وليس بعده.

٣- **التحضيرPreparatory** : هذه المرحلة تتعلق بتوقع التلعثم. فإذا توقع المريض أنه سوف يتلعثم في كلمة ما فإنه ينطق هذه الكلمة باستخدام المقطع السليم. كما يجب يوفق بين إخراج الصوت والتنفس.

و- **التثبيت** : هذه المرحلة هى آخر خطوة في العلاج وفيها يستمر المريض في إتباع السلوك الجديد الذي تعلمه عند حدوث التلعثم. وفى هذه المرحلة تقل عدد الجلسات. كما تضم مجموعة التدريب أشخاص زائرين أو غرباء حتى لا يكون هناك خوف من الكلام فى وجود الغرباء وفيا تقل تدريجيا جلسات العلاج.

١٣- عن طريق العلاج السلوكى :

حيث يعتمد أساسا على الثواب والعقاب كما يعتمد على التعزيز الإيجابي للسلوك، وقد استخدمه "شانس" عام "١٩٦٨" ونيكلار عام "١٩٧٨" وستارك عام "١٩٨٠".

ومع ظهور العلاج السلوكى بوجه عام والتشريط الإجرائى بوجه خاص تزامنت الدعوة إلى إجراءات علاجية جديدة للتلعثم. وهو يتمثل في التشريط الأدائى وهو يعني التغير الذي يحدث لرد الفعل كنتيجة مباشرة لما يحدثه في البيئة

المحيطة به. وهو إما أن يكون بالتعزيز أو بالعقاب وتعتبر طريقة العقاب أكثر الطرق استخداما في علاج التلعثم. وتكون إما عن طريق صدمة كهربائية أو استخدام الضوضاء أو بتوبيخ المتلعثم توبيخا شديدا أو قد يكون عن طريق منع المتلعثم من الكلام مؤقتا حيث أن الكلام نفسه يعتبر من وسائل التشجيع، وحرمان المتلعثم منه يكون عقابا يؤدى إلى تحسن تلعثمه. وهذه الطريقة هى أكثر الطرق استخداما، ذلك لأنها غير مؤلمة للمريض, ولا تحتاج إلي استخدام أجهزة.

أما عن التعزيز فيكون في صورة مكافآت للمريض كلما تحدث المريض بطلاقة وتعتبر طريقة العلاج بالتشريط الأدائى سواء كان بالتعزيز أو العقاب من الطرق التي يمكن فيها أن يتحسن المتلعثم تحسن وقت حيث أنها لا تستخدم إلا داخل حجرة العلاج فقط (هدى عبد الواحد, ١٩٩٨, ٦٥: ٦٦).

١٤- عن طريق الإطالة :

يجعل الفرد المتلجلج (المتلعثم) في حالة استرخاء بدني وعقلي، ثم يبدأ في قراءة قطعة بدرجة بطيئة جدا مع الإطالة في كل مقطع بقراءة مثل "بندقية" فإنها تتم على النحو التالي: بـ.......ند ......قية.

وينبغى أن يستمر تطويل المقاطع حتى تنتهى الجملة بدون توقفات خلالها كما يجب أن يمارس التطويل حتى أثناء المحادثات مع الآخرين، ويري بهرث راج Raj "١٩٧٦" أن المصابين باللجلجة الشديدة يستجيبون لتلك الطريقة، وقد أسفرت نتائج تحليل الحالات الخاضعة للعلاج عن وجود نتائج جيدة، وأظهرت الحالات تحسنا ملحوظا، كما وجد أن هذا الأسلوب حقق نتائج جيدة، وأظهرت الحالات تحسنا ملحوظا (سهير أمين, ٢٠٠٠: ٤٨).

١٥- عن طريق جهاز التردد المرئى Visi- Pitch :

حيث يتكون جهاز التردد المرئى من ميكوفون والمعالج المفرد وكمبيوتر مصغر. ترسل مجموعة من الأصوات عن طريق الميكروفون إلي المعالج الذي يستخلص التردد الأساسى وشدة الصوت المناسبة ويتم إدخال الإشارة

الصوتية في الوقت الحقيقى يجب أن يمسك المستخدم بالميكروفون، ويجب أن يبعد عن فمه مسافة من ١ إلي ١,٥ بوصة ويكون مباشرة أمام الشفاه،وهذا الوضع يساعد المستخدم على أن يوصل أقوى إشارة ممكنة مباشرة من مصدرها وذلك حتى تكون البيانات التى تحصل عليها موثوق فيها، ولكن بعض المرضى لا يستطيعوا الإمساك بالميكروفون بأنفسهم "كهرباء بالدماغ– العمر– مشكلات جهاز التردد المرئى يظهر للأخصائى المعالج خصائص الصوت والكلام على الشاشة وهذا التردد البصرى يخدم الأخصائى المعالج حيث أنه يقوى التغذية السمعية المرتدة لديه، كذلك يحسن قدرة المريض على أداء المهام المطلوبة منه" (محمد عطية, ١٩٩٩: ٨٠).

١٦- عن طريق إضفاء الضوضاء :

تعتبر إضفاء الضوضاء إحدى الطرق التي تجلب طلاقة فورية لكلام المتلعثم. كما بينت الأبحاث أن هذه الطريقة تؤدي إلي تحسن ملحوظ في شدة وعدد العثرات ولكن لا يوجد تفسير مؤكد لكيفية حدوث هذا التحسن ويعيب هذه الطريقة أن الاستخدام المتكرر لهذا الجهاز يؤدىإلي الصداع الشديد وضعف السمع على المدى الطويل وأن المريض بدونه لا يستطيع التحدث بطلاقة بجانب عدم الاستخدام الصحيح للجهاز فأحيانا يضغط على مفتاح التشغيل إما متأخرا أو مبكرا عن اللحظة المطلوب فيها تشغيل الجهاز وبالتالى لا يؤدى إلي الطلاقة المرجوة ويعيبه أيضا أنه بعد توقف العلاج قد تحدث الرعشات في الأصبع الذى كان يستخدمه المريض في تشغيل الجهاز. كما أن استخدام الجهاز تجربة غير مريحة مهما كانت مدة استخدامه (هدى عبد الواحد, ١٩٩٨، ٦٢: ٦٣).

١٧- عن طريق إدماج الأصوات (وصل الأصوات)

(Co- articulation) لسترومستا "١٩٨٦" Stromsta :

تعتمد هذه الطريقة على الظاهرة "المألوفة" التى تحدث أحيانا أثناء الكلام الطبيعى وهى ظاهرة إدماج الأصوات أى تحريك عضوين من أعضاء النطق فى آن واحد لنطق أكثر من فوينم.

فغياب هذه الظاهرة أو اضطرابها هو الذي يحدث السلوك الأساسى للتلعثم وهو الإنشطار الداخلى للفونيم وهذا الاضطراب قد يحدث نتيجة لإضطراب فى دورة ألفا المستثارة كما أوضحنا من قبل فى نظريات وأسباب التلعثم.

وهذه الطريقة من طرق العلاج تتطلب أن يكون المريض فى حالة من النشاط العقلي والتركيز حتى يؤدى ذلك إلي عدم تزامن في موجة ألفا والتي بدورها تؤدى إلي عدم الاضطراب في الكلام (نوران العسال, ١٩٩٠، ٨٦: ٨٧).

كما يتم عن طريق مساعدة المتلعثم في معرفة أن التلعثم يتكون من الانشطار الداخلى للفونيوم ثم رد فعل لهذا الانشطار في صورة وقفات وإطالة وحركات زائدة وسلوك التفادى وأن على المريض أن يفرق بين السلوك الأساسى وردود الفعل لهذا السلوك، وأنه من الضرورى أن يتوقف المريض عند حدوث هذا الانشطار الداخلى للفونيم، ثم تدريبه على التحضير للصوت الثانى في المقطع قبل نطق الصوت على أن يكون الصوت الأول حركة مستمرة مع الصوت الثانى، وأن يتميز هذا النطق بالقوة والسلاسة والبطء. وفي أول الأمر يتم التحضير في كل كلمة وعندما يتدرب عليها جيدا يطلب منه التحضير في كلمتين ثم كل ثلاث كلمات وهكذا حتى يكون التحضير بداية الكلام فقط، ويتم ذلك من خلال القراءة ثم المنولوج ثم الديالوج، ويكون التحضير في أول الأمر علانية ثم سرا، ولابد للمريض من استخدام هذه الطريقة أثناء الكلام سواء حدث تلعثم أم لم يحدث، وذلك حتى يتأقلم عليها ويستطيع استخدامها في المواقف تلقائيا (أحمد رشاد, ١٩٩٣، ٦٣: ٦٤).

١٨- عن طريق سميث أكسنت (طريقة النبرة) :

تهدف هذه الطريقة إلى الحصول على أفضل تآزر ممكن بين التنفس والصوت والنطق وحركات الجسد واللغة "سميث وثيوما" "١٩٧٥" وضعوا هذا البرنامج لعلاج اضطراب الصوت والتلعثم والحبسة الكلامية (Smith and Thyme, 1987, 78:105).

والعديد من العلماء يعتقدوا أن السبب فى التلعثم يكمن فى اضطراب التآزر بين التنفس والحنجرة ونظام النطق (Van Riper, 1982: 83).

بيتر وبوفيز "١٩٨٨" وجدوا أن المتلعثمين على غير العادة يبنوا نماذج لضغط الهواء الزائد تحت المزمار قبل بداية إصدار الصوت غالبا أكثر من غير المتلعثمين.

فقد وجد روكجاير أن كل المتلعثمين لديهم تغيرات عالية في التنفس ولديهم وقفات غير متعمدة بين الشهيق والزفير، لذلك يفترضوا أن إعادة تنظيم نظام حركة الكلام لعلاج التلعثم ويتم عن طريق استخدام طريقة النبرة.

وأجرى كل من بيل ليكارو وآخرون "١٩٩٢" مقارنة بين طريقة النبرة والمناهج التقليدية الأخرى في علاج (٨) من المتلعثمين. وقد وجدوا أن المرضى الذين طبق عليهم طريقة النبرة ظهر عليهم التحسن الأولى والتدفق المنظم للعبارات.

المحور الثالث : التدخل المبكر

يعتبر التدخل المبكر لعلاج اللجلجة (التلعثم) في الكلام من القضايا الهامة التي استحوذت على اهتمام أخصائي اللغة والتخاطب, والمعالجين, والوالدين على حد سواء, لكن السؤال المحير حولها : متى نبدأ بالتدخل المبكر؟.وقد اختلفت الباحثون في تناول الإجابة عن هذا التساؤل خاصة ما يتعرض له معظم الأطفال في مرحلة اكتساب اللغة وفي الطفولة المبكرة من صعوبات عند التعبير عن أنفسهم فتظهر تطويلات لبعض الكلمات أو تكرارات لبعض المقاطع الصوتية, أو التوقف أثناء الكلام, قد يتعرض بعض الأطفال للجلجة العارضة المصاحبة للضغوط الحياتية والاضطراب الانفعالي– مما قد يشخص خطأ على أنه لجلجة تحتاج إلي تدخل علاجي.

ومن الممكن منع اللجلجة (التلعثم) لدى أطفال ما قبل المدرسة وصغار الأطفال الملجلجين من خلال المعالجة البيئية والإرشاد النفسي للوالدين.

وغالباً ما يتم التدخل المبكر لعلاج اللجلجة (التلعثم) الفجائية والعارضة من خلال تعليم الوالدين كيفية إعادة تركيب كلام الطفل لخفض اللجلجة ومنعها من الإستمرار ومن أن تصبح لجلجة متمكنة, تشنجية أو اختلاجية أو غيرها

.. وغالباً ما يوصي الوالدان :

أ– خلق محيط وجو هاديء يقدم فرص كثيرة يتحدث فيها الطفل مع الوالدين أو مع الأخوة أو الأقران بدون الانتباه إلي كلامه, ودون التعليق على اضطراب كلامه.

ب– الإبتعاد عن تكرار انتقاء كلام الطفل أو الاستجابة السلبية لكلامه, كما ينبغي على الوالدين تجنب عقاب الطفل لعدم انطلاقه أو أن يطلبوا منه تكرار كلمات اللجلجة حتى ينطقها بطلاقة.

جـ– تجنب تشجيع الطفل على التحدث أمام الناس ليحكموا على أدائه اللفظي.

د– الإنصات بانتباه إلي الطفل عندما يتحدث.

هـ– يجب أن يتحدث الوالدان ببطء وهدوء حتى يتعود الطفل أن يتكلم بنفس الطريقة.

و- انتظار الطفل حتى يقول الكلمة التي يريدها, وألا يحاول أحد من الوالدين تكملة أفكار الطفل.

ز- عدم انزعاج الوالدين لكلام الطفل,وتقديم النماذج اللغوية الصحيحة حتى لا تتمكن اللجلجة من الطفل.

ح- لا يضع أحد من الوالدين في ذهنه أن اللجلجة عادة سيئة.

ط- لا يطلب أحد الولدين من الطفل التوقف وأن يبدأ من جديد.

ي- لا يطلب من الطفل أن يتوقف وأن يفكر فيما يقول.

ك- عدم مساعدة الطفل أو إمداده بكلمات تسبب له مشاكل, ولكن يجب أن ندعه يستخدمها بنفسه.

ل- لا يطلب من الطفل التحدث بسرعة أو ببطء أو بصوت منخفض مرتفع أو أن يأخذ نفس عميق أثناء الكلام.

م- إذا كان الطفل لا يعرف أنه يتلعثم أو يتلجلج في كلامه, فيجب عدم لفت انتباهه لذلك, وإذا كان على وعي بها فلا يجب أن نخدعه بالقول بأن يتكلم بشكل طبيعي.

ن- يجب على المحيطين بالطفل عدم جعله يسرع في حديثه داخل المنزل بصورة مثيرة للمشقة, وألا تجعله يجاهد من أجل الحصول على فرصة للتكلم, ولكن يجب أن ندعه يأخذ دوره في الحديث مثل غيره.

إن مثل هذه الأمور في تعديل كلام الطفل يجعله يسير في نموه اللغوي بصورة سوية (Sommer et al., 2003).

دور الأسرة في برنامج الإرشاد الخاص بالأطفال المتلعثمين :

١- ان يمتنع الآباء عن انتقاد أطفالهم عند حدوث التلعثم, بجانب امتناعهم أيضاً عن تصحيح كلام الطفل أو مساعدته عند حدوث العثرات الكلامية, كما يجب ألا يعيروا أي أهمية لمشكلة تلعثم طفلهم حتى لا ينتقل هذا الإحساس للطفل فيعتبر الطفل نفسه متلعثماً وتظهر عليه ردود فعل التفادي.

٢- يجب على الوادين عدم مطالبة الأبناء بالكمال, وعدم أحاطتهم بالقيود الزائدة والمبالغ فيها لأن ذلك يمكن أن يؤدي أيضاً إلى ظهور ردود فعل التفادي.

٣- يجب مراعاة المواقف التي يحدث فيها التلعثم عند الأطفال والتي يجد الطفل أثناءها صعوبة في الكلام, كذلك مراعاة المواقف التي يتحدث فيها الطفل بطلاقة لمساعدته على الإستمرار في الكلام حتى يشعر أنه يستطيع الكلام بطلاقة دون تلعثم, وإذا حدثت له بعض العثرات أثناء ذلك يتم تحويل الكلام إلى تنغيم أوإلى الكلام الإيقاعي (نوران العسال, ١٩٩٠: ٩٢).

٤- الإستماع الجيد: يجب على الأهل أن يصغوا جيداً عندما يبدأ طفلهم في الحديث مع إعطاء الاهتمام لما يقوله الطفل وليس للطريقة التي يتكلم بها, كما يجب الاحتفاظ بنظرة العين المعتادة تجاه الطفل أثناء حديثه (أحلام عبد السلام, ١٩٩٣: ٥٨).

حيث إذا بدأ الطفل المتلعثم حديثه بينما من حوله يمارسون أعمالاً تتطلب منهم التركيز مثل قيادة السيارة فهنا يجب عليهم أن يشرحوا للطفل أنهم لا ينظرون إليه بسبب انشغالهم في شئ يتطلب منهم التركيز إلا أنهم يستمعون جيداً إلى ما يقوله (Conture, 1989: 22).

٥- ابطاء سرعة الكلام: إن أمهات الأطفال الذين يعانون من التلعثم يتكلمون مع أطفالهم بطريقة أسرع من أمهات الأطفال غير المتلعثمين, ومن هنا يجب إرشاد هؤلاء الأمهات إلى ابطاء كلامهن مع اطفالهن وذلك لإعطاء القدوة لهم عن كيفية الكلام الصحيح وأيضاً من أجل إعطاء أطفالهن الفرصة لتفهم ما يقال, مما يساعد هؤلاء الأطفال المتلعثمين على ترتيب أفكارهم بصورة منظمة (Kelly&Conture, 1922: 1265).

٦- عدم مقاطعة حديث الطفل : وجد مايرز وفريمان Meyers& Freeman (١٩٨٥) أنه كلما زادت مقاطعة الأبوين للطفل المتلعثم أثناء الحديث ازدات شدة تلعثم الطفل.

كما لاحظ كيلي وكونتري (١٩٩٢) أن هناك علاقة وطيدة بين درجة التلعثم وبين مرات المقاطعة من الأهل, وبناء على هذا يجب إرشاد الأهل ألا يقاطعوا الطفل أثناء الحديث.

٧- إعطاء الوقت: أوضح كورلي Curlee (١٩٨٩) أنه إذا انتظر آباء الأطفال المتلعثمين برهة قبل الرد على أبنائهم فإن الطفل يصبح هادئاً غير متعجل وأقل تلعثماً لهذا فعلى الآباء الإنتظار لكي ينهي طفلهم حديثه بهدوء قبل الرد عليه.

٩- ملاحظة الطفل: يجب على الأبوين من خلال المساعدة المقدمة من المعالجين ملاحظة الطفل وذلك من أجل تحديد الأوقات التي تتغير فيها درجة التلعثم سواء بالزيادة أو بالنقصان, كذلك ملاحظة بعض العوامل اللغوية التي قد تزيد التلعثم, فكلما كانت مادة الحديث غريبة أو صعبة الفهم على الطفل كان هذا عاملاً من عوامل زيادة التلعثم, كما أن بعض العوامل البيئية قد يكون لها تأثير سلبي على طلاقة الكلام مثل التنافس أثناء الحديث, التعب, أو وجود مستمعين غرباء عن الطفل (هبة سليط, ١٩٩٥: ٣٨).

حيث وجد كونتيري Conture(١٩٨٩) أن عدم الطلاقة يزداد بصورة طردية مع طول ودرجة التعقيد في مادة الحديث, لهذا يجب على الوالدين أن يبادروا بمساعدة طفلهم خاصة بعد أن يتعرفوا على المواضع التي تزيد التلعثم وشرح ما يصعب على الطفل فهمه, كما أوضح كونتيري أنه إذا كانت المشكلة في وجود بعض العوامل اللغوية فيجب على الأهل تحسين تلك العوامل اللغوية بصورة أفضل, أما إذا كانت عدم الطلاقة تزداد بسبب التوتر أوالانفعال, فيجب على الوالدين تقليل ذلك من خلال تهدئة الطفل باللعب معه مستخدمين صوتاً هادئاً بطيئاً أثناء الحديث.

١٠- التشجيع والعقاب : يجب على المعالج أن يتبين بدقة ردود أفعال الأهل تجاه طفلهم الذي يعاني من التلعثم, هل يشجعونه أم يعاقبونه لتلعثمه, كما يجب على المعالج أن يكون حذراً في معالجة ذلك حتى لا تزداد المشكلة, لهذا يجب إرشاد الأهل إلى التركيز فقط فيما يقوله الطفل وليس إلى الطريقة التي يتكلم بها

وذلك بدلاً من إعطائهم توجيهات لتغيير ردود أفعالهم وينصحهم ألا يشجعوا الطفل أو يعاقبوه على تلعثمه بل عليهم أن يكونوا حيادين قدر المستطاع.

١١- اشتراك الوالدين والمعلم مع المعالج في وصف اقتراحات للأدوار المتبادلة التي يقومون بها بغرض المساعدة في عملية العلاج, وجعل الطفل يتحدث عن مشكلة تلعثمه (Gottwald, 2003: 44).

أن جعل الطفل يتحدث عن مشكلة التلعثم أمر ليس بالسهل, إلا أنه يمكن للوالدين أن يناقشوا تلك المشكلة بصورة مبسطة على طريقة "ارتكاب الأخطاء" فمثلاً إذا كان الطفل يكرر الاصوات أو الكلمات أثناء حديثه فينبغي على الأهل أن يوضحوا له أن الجميع يخطيء في بداية تعلمه الكلام أو في تعلمه للعدد أو لعب الكرة "مع ملاحظة إعطاء أمثلة مبسطة" وعليهم أن يبينوا أنه قد يكون أقل من زملائه في تعلمه الكلام إلا أنه بالقطع أفضل من كثيرين في تعلمه لأشياء أخري, أما إذا كان الطفل يكرر الأصوات والكلمات بالإضافة إلى وجود حركات مصاحبة فهنا يجب على الأهل أن يفسروا المشكلة لطفلهم باستخدام مثال "قيادة الدراجات" : إنه إذا كان الطفل يحاول قيادة دراجته للمرة الأولي فيكون هناك خوف داخله خشية الوقوع من على الدراجة, وهذا يجعله في حالة عصبية من شأنها أن تزيد من مرات وقوعه, وهذا المثال ينطبق تماماً على كلام الطفل فهو يخاف أن يخطيء أو يتلعثم وهذا سيؤدي به إلى أن يزداد في تلعثمه, لذلك يجب على الأبوين أن يوجهوا الطفل إلى تجنب أي محاولة لإخفاء تلعثمه بل عليه أن يتلعثم كما يريد فقط بدون أن يكون هناك أي نوع من أنواع الشد العصبي, كما يجب على الأبوين أيضاً شرح مشكلة التلعثم بوضوح لأشقاء الطفل وذلك منعاً للسخرية والتي من شأنها أن تزيد المشكلة سوءاً, كما يجب عليهم توضيح بعض النقاط لأطفالهم وهي ألا يقاطع أحدهم الآخر وألا يتكلم أحدهم بالنيابة عن الآخرين وأن يعبر كل فرد عما يريد بطريقته.

دور المعلم في برنامج الإرشاد الخاص بالأطفال المتلعثمين :

إن التعاون بين الأسرة والمعلم والمعالج من خلال اشتراكهم في عملية العلاج يقدم الكثير من العون في تقدم علاج الطفل المتلعثم.

كما يجب أن يكون هناك دور لمن يقوم بتقديم خدمة فعالة للأطفال الذين يتلعثمون داخل المدرسة في برنامج الإرشاد الخاص بالأطفال المتلعثمين والذي يكون موظف بالمدرسة أو استشاري خارجي له خبرة في علاج اضطرابات النطق (Finn, 2003: 157).

ويقترح ويليامز (١٩٨٩) أن المعلم يمكن أن يساعد الطفل من خلال التالي:

١- تحديد مقابلة بين الوالدين والمدرس والمعالج تتم خلالها مناقشة مشكلة الطفل بصورة واضحة مع محاولة وضع برنامج متبادل فيما بينهم.

٢- أن يعامل المدرس الطفل المتلعثم بنفس الطريقة التي يعامل بها الأطفال الآخرين والذين لا يعانون من التلعثم.

٣- وضع أسس يتم من خلالها تحديد طريقة المناقشة داخل الفصل وذلك بالتنبيه على جميع التلاميذ بعدم مقاطعة بعضهم بعضا وألا يكمل أحدهم حديث الآخر.

٤- إعطاء الطفل المتلعثم الوقت الكافي قبل أن يبدأ الرد على الأسئلة.

٥- يشرح للطفل كيفية إلقاء الدروس، والتدريب عليها بالمنزل وكذلك يجب عل المعلم أن يساعده على التحدث أمام زملائه ويشجعه (Williams, 1989: 33).

المحور الرابع : طفل ما قبل المدرسة

تعد مرحلة ما قبل المدرسة من أهم مراحل التشكيل الذهنى والمعرفى واللغوى للطفل مما يسهم فى تشكيل شخصيته وتكوينها. حيث ترى المدرسة السلوكية أنه بإمكاننا أن نقوى شخصية الطفل أو نحطمها قبل سن الخامسة.

وهذه السنوات حاسمة, حيث يفترض أن مرحلة ما قبل المدرسة قد تكون الأهم فى حياة الفرد, ويشير "بياجيه" إلى أن الطفل خلال هذه السنوات ينمى قدرته على التفكير ويصبح أقل اعتمادا على الأفعال الحسية الحركية فى توجيه سلوكه, وفى هذه الفترة يتحول الطفل إلى كائن يعتمد على الفعل ويستخدم البناء الفكرى (روبرت واطسون؛ هنرى كلاى ليندجرين, ٢٠٠٤: ٣١٩).

خصائص مرحلة رياض الأطفال (ما قبل المدرسة) :

إن معرفة خصائص النمو لأى مرحلةتعليميةأساسا رئيسيا فى بناء أى برنامج تعليمى لكى يراعى هذا البرنامج حاجات النمو ومتطلباته ويعمل على إشباعها.

وأهم هذه الخصائص مايلي :

١. **النمو الجسمي الحركي :**

يكتسب الجسم أهمية خاصة فى هذه المرحلة العمرية بإعتباره الأداة لكل أداءات الطفل الحركية أو الإجتماعيةأو النفسية. ويتضمن النمو الجسمي التغير التشريحي للطفل كما وكيفا وحجما و وزنا وهو مهم فى هذه المرحلة من ناحية الزيادة فى الحجم.

وتؤكد هدى الناشف (٢٠٠٥: ٢٦) أن النمو الجسمي يسير خلال هذه المرحلة بمعدل بطئ بالمقارنة مع النمو الجسمي السريع فى المرحلة السابقة (سن المهد). ومع ذلك فإن النمو الجسمي فى نهاية هذه المرحلة أى فى السادسة من العمر, يكون قد وصل إلى حوالى ٤٣% من النمو النهائي, ويترتب على هذا النمو تغيير فى نسب الجسم، حيث يقترب أكثر من نسب الشخص البالغ ويقل تدريجيا للمظهر الطفولي.

وتوضح شرين عباس هاشم, يسرى عفيفي عفيفي (٢٠٠٦: ١٣) أهم المقتضيات التربوية للنمو الجسمي على النحو التالي:

- إتاحة الفرصة للأطفال للممارسةأشكال مختلفة من اللعب لإشباع حاجاتهم إلى الحركة والنشاط.
- تقديم أنشطة مشوقة ومحفزة للطفل من خلال الألعاب الفردية والجماعية على أن تكون بسيطة سهلة التنفيذ وغير مرهقة للطفل.
- تقديم ألعاب من شأنها تقوية عضلات الطفل الصغيرة والكبيرة وتنمية التآزر البصري.
- توفير بيئة تعليمية زاخرة بالمناشط المختلفة التى تساعد على تدريب حواس الطفل وإكسابه القدرة على استخدامها.

٢. النمو اللغوي :

يمثل النمو اللغوي للطفل جزء من نموه العقلي، ذلك أن اللغة وثيقة الصلة بالتفكير، وظهورها فى هذه المرحلة يساعد بشكل كبير على نموه العقلي، وتساعد الطفل من الانتقال من مرحلة استخدام رموز غير مفهومه للآخرين التي يتذكرها لكي يعبر عن الصورالذهنية التى تكونت لديه إلى مرحلة جديدة لترقيها بين المعاني المختلفة ويجيد اللغة المتداولة فى الكلام، ويكون أكثر قدرة على التعبير عن نفسه ومشاعره وعن حاجاته الخاصة.

وتؤكد شرين عباس هاشم، يسرى عفيفي عفيفي (٢٠٠٦: ١٣٨)، حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥: ٢١٥) إلى الطرق التى تفيد الطفل فى اكتساب المهارة اللغوية.

- تدريب الطفل على الإهتمام لما يعرض عليه من أحاديث وحكايات لأنها يمكن أن تكون وسيلة لتربية الطفل وتثقيفه وأداة تساعده على النمو اللغوي.
- مناقشة الطفل للوصول إلى المفاهيم والحقائق العلمية من خلال تدريب الطفل على أسلوب تخيل الموقف واستنتاج الحل المناسب للمشكلة.
- تعويد الطفل الإنطلاق فى الحديث لإكسابه حصيلة لغوية واسعة تمكنه من اكتساب المهارات اللغوية.
- تصحح أخطاء الطفل اللغوية دون تخويف.

وتذكر فاطمة الزهراء عبد المنعم (٢٠٠٩: ٦٦) المقتضيات التربوية للنمو اللغوي فيما يلي :

- سرد القصص المحببة لديه.
- تنمية الثروة اللغوية لطفل هذه المرحلة وتدريبه على الكلام.
- التدرج فبإطالة الجمل مع مراعاة النطق السليم.
- تعويد الطفل على اللغة الفصحى عن العامية قدر المستطاع.
- القدوة الحسنة وتقديم النماذج الحسنة من الكلام.

٣. النمو العقلي :

يعد النمو العقليأحد أهم جوانب نمو الطفل ففي هذه المرحلة يكتسب الطفل عدد من المهارات المعرفية مثل حل المشكلات، التذكر،الإستبصار، الاستذكار، الإدراك، ونجد الطفل فى هذه المرحلة لديه محصلة لغوية تنمو بشكل واضح لما يتيح له حرية التعبير عن الأشياء.

ويشير أحمد عبد الله أحمد، فهيم مصطفي محمد (١٩٩٤: ١٧)أن الطفل في هذه المرحلة يتميز بقدرته على إتباع العمليات التى تصدر إليه. وخاصة ما إذا كانت تعليمات ملموسة وواضحة. ويقل عدد التعليمات التى يستطيع الطفل تنفيذها في السادسة، ولكنها تزداد بعد ذلك نتيجة للنضج الفكري الذي يحدث عند الطفل نتيجة لإكسابه كثير من الممارسات.

ويلخص شرين عباس هاشم، يسري عفيفي عفيفي (٢٠٠٦: ٢٠) خصائص النمو العقلي في هذه المرحلة في النقاط التالية :

أ- **التمركز حول الذات :** بمعنى أن الأطفال يدركون الكون من منظورهم الخاص، فلا يهم الطفل آراء الآخرين حتى لو خالفوه الرأي بل يهمه لغته وتعبيراته ويعتقد الطفل في هذه المرحلةأن كل شئ يحدث في العالم بشكل منظم وهو فى وسط هذه العمليات بل هو المسبب لها. وتمركز الطفل حول ذاته يقوده إلى الاعتقاد بأن الجميع يفكرون مثله وأن العالم كله يشاركه أحاسيسه.

ب- **التفكيـر الأرواحـي :** نظـرا لخبـرة الأطفـال القصـيرة ومعـارفهم المحـدودة فـي هـذه المرحلـة، فإنهم يميلون لإضفاء صفة الحياة علـى الأشياء غير الحيـة، كثيرا ما يشـجع الكبـار هذا النـوع مـن النفكيـر لـدي صـغار الأطفـال ويرجـع بياجيـه هـذه الظاهرةإلى أن الأطفال في هذه المرحلة يعتمدون في تفكيرهم على الحدس وليس على المنطق.

ت- **عدم وضع مبدأ الثبات والحفاظ :** أى أن الكتلـة والمـادة لا تتغيـر بتغيـر شكل أو هيئة الشئ.

ث- **الإصطناعية :** يعطـي الأطفـال إيضـاحات مصـطنعة تضـفي صـفة الحيـاة علـى المـادة، فهم يفترضـون أن الشـمس مـن صـنـع الإنسـان، وأن السـحب حيـة وتسـير كالإنسان، إنهم ينقلون مركز القوة من ذواتهم إلـى الأشياء، معتقدين أنهـا تتحـرك بنفسـها، أو أنهـا تخضـع لطاعـة الإنسان أو الله.

الفصل الثالث
دراسات سابقة

- تمهيد.
- دراسات تناولت العلاقة بين ضغوط الوالدية والتلعثم.
- دراسات تناولت خفض التلعثم.
- تعقيب عام على الدراسات السابقة.
- أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة.
- فروض الدراسة.

الفصل الثالث

دراسات سابقة

تمهيد

نظراً للأهمية مرحلة الطفولة، فقد اعطى علماء النفس لها قدرآ كبيرآ من الاهتمام من خلال الدراسات والبحوث المختلفة، وخاصة تلك الدراسات التى تهدف الى دراسة أى اضطراب أو مشكلة قد يعانى منها الاطفال والتى قد تؤثر بشكل سلبى على جميع جوانب النمو لديهم سواء الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية أو اللغوية. لذا قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات السابقة التى أهتمت بظاهرة التلعثم فى الكلام موضوع الدراسة الحالية بهدف تقديم برنامج تدخل مبكر مناسب للتلعثم عند الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة وتقديم الرعاية الكافية لهم.

ومن هنا سوف تتعرض الباحثة إلى تلك الدراسات العربية والأجنبية التى اهتمت بمشكلة التلعثم عند الأطفال، وكذلك الدراسات التى اهتمت بضغوط الوالدية والتلعثموسوف تقوم الباحثة بعرض الدراسات من خلال محورين هما:

وذلك في محاولة للتعرف على تلك الفئة والاستفادة منها في وضع الفروض واختيار العينة والأدوات والاستفادة من النتائج التي توصلت إليها الدراسات، وأيضا الاستفادة من التوصيات والمقترحات. ونستعرض الدراسات السابقة طبقا للترتيب الزمني من الأقدم إلى الأحدث ويمكن تصنيفها في محورين كالتالي:

المحور الأول : دراسات تناولت العلاقة بين ضغوط الوالدية والتلعثم.

المحور الثاني : دراسات تناولت خفض التلعثم.

وفيما يلي عرض تفصيلي لهذه الدراسات على النحو التالي :

أولاً: دراسات تناولت ضغوط الوالدية وعلاقتها بالتلعثم

من خلال هذا المحور ستقوم الباحثة بعرض العديد من الدراسات العربية والأجنبية التى أهتمت بتناول علاقة ضغوط الوالدية بالتلعثم بشئ من التفصيل :

١- دراسة شافى (Chaffee,1991) بعنوان: تأثير ضغط الوالدين ومشاكل سلوك الطفل على تقديرات الوالدية للتطور التعبيرى والاستقبالى للغة الطفل.

هدفت الدراسة معرفة تأثير ضغط الوالدين ومشاكل سلوك الطفل على تقديرات الوالدية للتطور التعبيرى والاستقبالى للغة الطفل, حيث قامالباحث بفحص مساهمات تقرير الوالدين عن طفلهم والضغط الوالدى امرتبط به عن اللغة التعبيرية واستقبال اللغة بمهارتها المختلفة, وتكونت عينة الدراسة من (١٥٢) طفلا فى مرحلة ما قبل المدرسة من مرضى الإتصال, وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك اتفاقا واضحا بين المعاملة الوالدية والتعبير اللغوى واكتسابها لدى الطفل وكذلك تقدير الوالدين لمهارات استقبال للغةوالتعبير عنها, وفسروا سلوك الطفل الضاغط ولكن لم يساهم تفسيرهم بوضوح فى حالة الطفل لغويا, كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن الوالدين عليهم صياغة التقديرات عن تطور اللغة مستقلة عن الضغوط الشخصية المرتبطة بالطفل.

٢- دراسة ريدون (Reddon,1992) بعنوان: الضغط الأسرى وتقلب الوالدين كمصادر لإصابة الطفل بعجز تطورى فى اللغة.

وهدفت الدراسة إلى معرفة الضغط الأسرى وتقلب الوالدين كمصادر لإصابة الطفل بعجز تطورى فى اللغة, حيث قام الباحث بإعطاء الطفل والأسرة نموذجا يجيبونه وأيضا قام بحساب المتغيرات الاجتماعية التى يعتقد أنها فى وقت واحد تحدد قدرة الأسرة على التكيف فى ظروف ضغط غير عادى, وتكونت عينة الدراسة من(١٩) طفلا فى سن ما قبل المدرسة (من ٢ إلى ٦

سنوات) مصابين بإعاقات عقلية, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقياس تحديد تطورى للطفل),(بيانات عن وظيفة الأسرة والتدعيم الاجتماعى وضغط الوالدين وجهود الوالدين فى التغلب على مرض الطفل), وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الوالدين كانوا يمارسون الضغط الواضح على الطفل بشكل عام لأن الطفل كان يطلب المزيد منهم دائما فتستنفذ مصادرهم كلهافتنقص الموارد فى الأسرة ويزداد الضغط على الأم وتزداد جهود التغلب من ناحية الطفل مما يزيد من شعوره بالنقص فى اللغة.

٣- دراسة درويس (Drewes,1992) بعنوان: والدى ومعلمى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة المضطربين كلاميا (ملاحظات لكل من السلوك التكيفى والضاغط على الطفل).

وهدفت إلى معرفة المشكلات السلوكية الناجمة عن اضطراب الكلام عند الطفل, وتحديد أهم مظاهر الضغوط الوالدية التى يتعرض لها الأطفال المضطربين كلاميا, وتكونت عبنة الدراسة من (٣٣) طفلا مضطربين كلاميا وتراوحت أعمارهم بين (٣ - ٤) سنوات ووالديهم, و(٣١) طفلا عاديين والديهم (٤) من معلمى هؤلاء الأطفال, وأعتمدت الدراسة من الأدوات قائمة ملاحظة سلوك الطفل (the child behavior checklist (CBCI), (مقياس للضغوط ويتضمن المشكلات السلوكية وخصائص الطفل), (قائمة لقلق السمة - الحالة the state - traint Anxiety inventory), وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروق دالة بين كل من والدى الأطفال المضطربين كلاميا ووالدى الأطفال العاديين فى مستوى الضغوط لصالح عينة والدى الأطفال المضطربين كلاميا, كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الأطفال العاديين والأطفال المتلجلجين فى مستوى ضغوط الوالدية التى يتعرض لها الأطفال لصالح عينة الأطفال المضطربين كلاميا فى مستوى الضغوط والوالدية التى يتعرض لها الطفل المضطرب كلاميا ومشكلاته السلوكية, وأبرز هذه المشكلات الانطواء والإنسحاب الاجتماعى, حيث وجدت

فروق دالـة بـين الأطفـال العـاديين والأطفـال المضـطربين كلاميـا فـى كـل مـن الانطـواء والانسـحاب الاجتمـاعى لصـالح عينـة الأطفـال المضـطربين كلاميـا, وأكـد المعلمـون وجـود فـروق بـين الأطفـال المضـطربين كلاميـا والعـاديين فـى المشكلات السلوكية.

٤- دراسـة جاريل **وباتريشـيا Garyl. Creasey ; Patricia A. (Jarvis,1993) بعنوان:** العلاقة بين ضغوط الوالدية والوظيفة النمائية عند الأطفال سن عامين.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين ضغوط الوالدية والتنظيم السلوكى المبكر عنـد الأطفـال سـن عـامين, وتكونـت عينـة الدراسـة (٧٢) أسـرة وأطفـالهم, وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأمهات اللائى قدمن تقريرا تظهرن فيه أنهن يعـانين مـن مستويات عاليـة مـن الضـغوط فـى الحيـاة, وتلك الضـغوط تـرتبط بـالتوافق الوالـدى (علـى سـبيل المثـال العلاقـة بـالزوج, والعزلـة الاجتماعيـة والصـحية) لـديهن أبنـاء يظهـرون مشـكلات سـلوكية كثيـرة, بالإضـافة إلـى أن الأمهـات اللائـى قدمن تقريـرا يظهـرن فيـه مسـتويات عاليـة مـن الضـغوط فـى علاقتهن بأطفالهن (علـى سبيل المثال, إدراك التدعيم من الطفل) كـان لـديهن أبناء يظهرون مشكلات سلوكية, بالإضـافة إلـى أنهن يلعبن مـع أبنـائهن بشكل أقل, كمـا أنهن يستخدمن توكيد الذات بشكل أقل فـى ملاحظتهم لأطفالهم فـى المنزل. وأخيرا فإن الاباء الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الضـغوط فـى علاقتهم بأبنائهم قدموا تقريرا أيضا عن مشكلات سلوكية أكثر.

٥- دراسـة (امـال إبراهيم الفقـى, ١٩٩٧) بعنـوان: ضـغوط الوالديـة وعلاقتهـا ببعض اضـطرابات النطـق لـدى عينـة مـن تلاميذ المرحلـة الأولـى مـن التعلـيم الأساسى.

هدفت الدراسـة معرفـة مسـتوى ضـغوط الوالديـة لـدى الأمهـات ومسـتوى التلعـثم لـدى عينـة مـن تلاميـذ المرحلـة الابتدائيـة, وتكونـت عينـة الدراسـة مـن (٤٠) متلعثمـا منهم (٢٧) ذكرا, (١٣) إنـاث وتراوحت أعمـارهم بـين (٩- ١٢) عامـا

من المدارس التابعة لإدارة بنها التعليمية, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (استمارة التعرف المبدئى على الطفل المتلعثم), (نموذج فحص حالة التلعثم إعداد معهد السمع والكلام), (اختبار الذكاء المصور إعداد/ أحمد زكى صالح), (مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية المعدل إعداد/ عبد العزيز الشخص ١٩٩٥), (مقياس شدة التلعثم إعداد/ رايلى ١٩٧٤ وترجمة وتعريب سيد التهامى ١٩٩٣), مقياس ضغوط الوالدية إعداد/ فيولا الببلاوى), وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين درجات الأمهات على مقياس ضغوط الوالدية ودرجات أطفالهن على مقياس شدة التلعثم, وأيضا وجود فروق دالة بين أمهات الأطفال مرتفعى التلعثم وأمهات منخفضى التلعثم, بينما لا توجد فروق دالة بين أمهات الأطفال الذكور المتلعثمين وأمهات الأطفال الإناث المتلعثمات فى متوسط درجاتهن على مقياس ضغوط الوالدية لصالح أمهات الأطفال الإناث المتلعثمات.

٦- **دراسة (علا الطيبانى, ٢٠٠٠) بعنوان:** دراسة العلاقة بين ضغوط الوالدية واللجلجة فى الكلام عند أطفال ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين ضغوط الوالديةواللجلجة عند أطفال ما قبل المدرسة, بالإضافة إلى معرفة العلاقة بين شدة الضغط الوالدىوشدة اللجلجة عند أطفال ما قبل المدرسة, وتكونت عينة الدراسة من (٣٥) طفلا وطفلة وأمهاتهم من أطفال ما قبل المدرسةتراوحت أعمارهم من (٣ – ٦) سنوات, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (اختبار رسم الرجل لتحديد معامل الذكاء / إعداد جودهاريس), (مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة / إعداد عبدالعزيز الشخص, ١٩٩٥), (مقياس ضغوط الوالدية / إعداد فيولا الببلاوى), (مقياس تقدير شدة اللجلجة فى الكلام لطفل ما قبل المدرسة / إعدادالباحثة), وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات أبعاد مقياس شدة اللجلجة فى الكلام لدى الأطفال ودرجات مقياس ضغوط الوالدية بأبعاده المختلفة, كما توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق

ذات دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال الذكور والإناث فى أبعاد مقياس ضغوط الوالدية, وتوصلت الدراسة أيضا إلى أن التفاعل بين الجنس ومستوى شدة ضغوط الوالدية له تأثير دال إحصائيا على المظاهر الفسيولوجية والانفعالية والسلوكية لشدة اللجلجة فى الكلام, كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق غير دالة احصائية بين المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأطفال فى أبعاد مقياس شدة اللجلجة وأبعاد مقياس الوالدية.

٧- دراسة (راتنر وسليفرمان (Ratner & Silverman,2000, ٢٠٠٠)

بعنوان: الإدراكات الوالدية لنمو تواصل الأطفال عند بداية اللجلجة. حيث هناك رؤية كلينيكية

بأن لدى أباء الأطفال المتلجلجين توقعات تتعلق بقدرات أطفالهم على التواصل وأن تلك القدرات لا تماثل المهارات الفعلية للأطفال.

هدفت الدراسة إلى معرفة الإدراكات الوالدية لنمو تواصل الأطفال عند بداية اللجلجة, وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلا منهم (١٥) طفلا من بداية ظهور أعراض اللجلجة, (١٥) طفلا من نظائرهم العاديين مماثلين لهم فى الذكاء والعمر الزمنى والجنس والحالة الاقتصادية والاجتماعية, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقاييس لتقدير اللغة والكلام), (تقارير الوالدين عن النمو التواصلى للطفل), وتوصلت نتائج الدراسة إلى انخفاض الأطفال المتلجلجين فى جميع مقاييس اللغة والكلام مقرنة بنظائرهم العاديين وكانت التقارير الوالدية تتوافق مع أداء الأطفال المتلجلجين وكان والدي الأطفال العاديين أقل دقة فى تنبئهم الخاص بقدرة أطفالهم على التواصل.

٨- دراسة ناتيك وآخرون (Natke at al., 2003) بعنوان: إدراك أطفال مرحلة ما قبل المدرسة المتلجلجين الضغط اللغوى دراسة مقارنة بين الأطفال المتلجلجين والعاديين.

وهدفت الدراسة إلى المقارنة بين كل من الأطفال المتلجلجين والأطفال العاديين فى إدراكهم للضغط اللغوى المتمثل فى ضغط الكبار وخاصة الأسرة, ضغط

الأسرة على الطفل لنطقة مقاطع طويلة مشددة, وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) من الأطفال المتلجلجين و (٢٤) من الأطفال العاديين تراوحت أعمارهم بين (٢,١ – ٥) سنوات وتم المجانسة بينما فى النوع والعمر ووقت ظهور اللجلجة وقد ظهرت لديهم منذ عمر تسعة شهور, وأعتمدت الدراسة من الأدوات نطق الطفل بعض المقاطع لفحص قدرته على استخدام الميكروفون وتكونت المهام من (١٠٨) كلمة (١٢) كلمة طويلة المقطع مشددة, (١٦) كلمة قصيرة المقطع, (١١) كلمة طويلة المقطع صغيرة, (٦) مقاطع غير مشددة, وتوصلت نتائج الدارسة إلى وجود فروق دالة بين كل من الأطفال المتلجلجين والعاديين فى نقطة المقاطع الطويلة المشددة وذلك لصالح عينة الأطفال العاديين, وأيضا وجود علاقة ارتباطية بين الضغط اللغوى على الطفل من المحيطين لنقطه مقاطع طويلة ومشددة وظهور اضطراب اللجلجة, كما أن إصرار الوالدين على نطق الطفل لمقاطع طويلة يؤدى إلى ظهور اللجلجة فى الاطالات وهدم القدرة على التحكم فى نطقة المقاطع, وأن الضغط اللغوى المستمر من المحيطين بالطفل لينطق بصورة سليمه تؤدى لزيادة شدة اللجلجة لديه .

٩- **دراسة ابيجيلAbigail(2004) بعنوان:** تأثير البيئة الأسرية على النمو اللغوى للأطفال مرحلة ما قبل المدرسة (دراسة طويلة).

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير الأسرة على النمو اللغوى لدى طفل ما قبل المدرسة من خلال متغيرات (القلق, الاكتئاب, ضغوط الوالدية) وأيضا تحديد أثر كل من ضغوط الوالدية على النمو اللغوى لطفل مرحلة ما قبل المدرسة, وتكونت عينة الدراسة من (١٧٨) أسرة (أب – وأم) وأطفالهم وتم انتقاء من الأسرة المترددة على العيادات – وتمتد هذه الدراسة (٣٣) شهرا,وأعتمدت هذه الدراسة من الأدوات (مقياس للقلق Anxiety Scale), (مقياس للإكتئاب Beeck depressions scale), (مقياس ضغوط الوالدية أبيدين Parenting stress/ PSI١٩٨٦), (بطاقة ملاحظة منزلية (لغة الطفل – لغة

الأم) Home observation), وتوصلت نتائج الدارسة إلى أن هناك بعض المتغيرات الأسرية مثل (لغة الأم – الحالة الزواجية) تؤثر فى النمو اللغوى لطفل مرحة ما قبل المدرسة, كما توصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة أرتباطية سلبية بين النمو اللغوى للطفل وما يتعرض إليه من ضغوط والدية وأن قلق الوالدين ولاسيما الأم يؤثر سلبا على النمو الغوى للطفل ويجعله عرضة لاضطرابات الكلام, كما تعد العلاقات الأسرية المضطربة وإكتئاب الوالدين من العوامل التى تؤثر سلبا على النمو اللغوى لدى طفل بين الوالدين والطفل هناك عوامل غير مباشرة تؤثر أيضا فى النمو اللغوى لدى طفل مرحلة ما قبل المدرسة مثل لغة وتعليم الأم.

١٠- دراسة برستون أندرو (Preston Ms, Andrew,2005) بعنوان: ضغوط الوالدية وسوء توافق الأطفال الذين يعانون من تلعثم قصير.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين ضغوط الوالدية وسوء توافق الأطفال ذوى التلعثم القصير, وتكونت عينة الدراسة من (٢٢) طفلا وابائهم من المتلعثمين, وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية دالة بين ضغوط الوالدية المتوسطة والشديدة وسوء توافق الأطفال ذوى التلعثم القصير.

١١- دراسة (مروة محمد حسن, ٢٠٠٧) بعنوان: الضغوط الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها ببعض الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتلجلجين.

هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين إدراك الأطفال المتلجلجين (ذكور / إناث) للضغوط الوالدية والكشف عن العلاقة بين الضغوط الوالدية كما يدركها الأبناء وبعض الاضطرابات السلوكية (القلق / الانطواء) عند الأطفال المتلجلجين, ومعرفة الفروق بين الأطفال المتلجلجين, وتكونت عينة الدراسة من (٢٥) طفلا (١٦ ذكورا و ٩ إناثا) من الأطفال المتلجلجين المترددين على عيادات قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام بإمبابة, تراوحت أعمارهم بين (٩ – ١٢) عاما, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقياس الضغوط الوالدية كما

يدركها الأبناء), (مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض اللجلجة لدى الطفل), (مقياس اضطرابات قلق الأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة), (مقياس السلوكى الانطوائى), (اختبار تفهم الموضوع للأطفال, كات), (رسم الأسرة النشطة), وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة بين درجات الأطفال المتلجلجين (الذكور والإناث) على مقياس الضغوط الوالدية كما يدركها الأبناء بصورتيه الخاصة بالأب والأم, كما توصلت نتائج الدرراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بينالدرجة الكلية للذكور والإناث من الأطفال المتلجلجين على مقياس الضغوط الوالدية كما يدركها الأبناء ودرجاتهم الكلية على مقياس اضطرابات قلق الأطفال عدا مقياس الوسواس القهرى, كما توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للذكور والإناث من الأطفال المتلجلجين على مقياس الضغوط الوالدية كما يدركها الأبناء ودرجاتهم الكلية على مقياس السلوك الانطوائى, كما أنه لا توجد فروق دالة بين درجات الأطفال المتلجلجين على مقياس اضطرابات قلق الأطفال, كما لا توجد فروق بين درجات الأطفال المتلجلجين على مقياس السلوك الانطوائى.

تعقيب على المحور الأول

بعد إطلاع الباحثة على العديد من الدراسات العربية والأجنبية التى تناولت العلاقة بين ضغوط الوالدية والتلعثم فقد لاحظت الباحثة مايلي :

(١) من حيث الهدف :

هدفت بعض الدراسات السابقة إلى التعرف على علاقة ضغوط الوالدية باضطرابات اللغة والكلام التى قد تحدث تحت ضغوط نفسية مثل التلعثم الذى هو نقطة البحث كما فى دراسة شافى ,Chaffee (1991)، ودراسة دراسة ريدون ,Reddon (1992), ودراسة آمال إبراهيم الفقى (١٩٩٧), ودراسةعلا الطيبانى(٢٠٠٠), دراسة ابيجيل Abigail (2004,).

كما أهتمت دراسة درويس,Drewes(1992), ودراسة جاريل وباتريشيا Garyl. Creasey ; Patricia A. Jarvis, (1993) بالتعرف على المشكلات السلوكية الناجمة عن اضطراب الكلام عند الطفل, وتحديد أهم مظاهر الضغوط الوالدية.

بينما اتجهت دراسة ناتك (٢٠٠٤) إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط اللغوية المتمثلة فى ضغط الكبار وخاصة الأسرة, واللجلجة عند الأطفال المتلجلجين فى مرحلة ماقبل المدرسة.

أما دراسة برستون أندرو Preston Ms, Andrew, (2005) هدفت إلى معرفة العلاقة بين ضغوط الوالدية وسوء توافق الأطفال ذوى التلعثم.

تنوع أهداف هذا المحور ساعدت الباحثة على تحديد هدف دراستها الحالية.

(٢) من حيث العينة :

من خلال عرض الدراسات السابقة الخاصة بهذا المحور وجدت الباحثة تنوع من حيث حجم العينة فبعض الدراسات كان حجم عينتها كبير مثل دراسة شافى Chaffee, (1991)،، ودراسة ابيجيلAbigail (2004),بينما تميزت دراسة مروة محمد حسن حجاب (٢٠٠٧) بصغر حجم عينتها.

أما من حيث السن فمعظم الدراسات السابقة الخاصة بهذا المحورتناولت الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة بإستثناء دراسة آمال إبراهيم الفقى (١٩٩٧)، ودراسة مروة محمد حسن حجاب (٢٠٠٧). وقد ساعد هذا التنوع الباحثة فى تحديد حجم وعمر عينة البحث الحالى.

(٣) من حيث الأدوات :

هذه الدراسات السابقة اشتملت على أدوات متنوعة ساعدت الباحثة فى انتقاء الأدوات الملائمة لموضوع الدراسة الحالية.

(٤) من حيث النتائج :

توصلت نتائج بعض الدراسات السابقة إلى تأثير دور الأسرة يلعب دورآهامآ فى مساعدة الطفل على التخلص من التلعثم إذا كان مناخ سوى يسوده الحب

والمودة مثل دراسة ابيجيل Abigail (2004), ودراسة مروة محمد حسن حجاب (٢٠٠٧).

كما أكدت نتائج بعض الدراسات أن هناك علاقة قوية بين ضغوط الوالدية والتلعثم فكلما كانت نسبة ضغوط الوالدية كبيرة كلما صاحبها نسبة تلعثم عالية لدى الشخص المتلعثم مثل دراسة شافى ,Chaffee (1991)، ودراسة دراسة ريدون ,Reddon(1992), ودراسة آمال إبراهيم الفقى (١٩٩٧), ودراسة علا الطيبانى (٢٠٠٠), دراسة ابيجيل Abigail (2004,).

وقد إستفادت الباحثة من نتائج الدراسات السابقة الخاصة بهذا المحور فى تحديد موضوع دراستها الحالية وهو فاعلية فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ماقبل المدرسة.

ثانياً: دراسات تناولت البرامج المستخدمة فى علاج التلعثم

فى هذا المحور سوف تقوم الباحثة بعرض العديد من الدراسات العربية والدراسات الأجنبية التى أهتمت التى تناولت البرامج المتنوعة المستخدمة فى علاج علاج التلعثم على النحو التالي :

١- **دراسة (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٥) بعنوان:** مدى فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية.

هدفت الدراسة معرفة فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية, وتكونت عينة الدراسة من (٣٠ طفلا) (٢٠ ذكور, ١٠ اناث) ممن يتراوح أعمارهم ما بين (٩ – ١٢) عاما كان متوسط أعمارهم ١٠,٦ عاما وتم تصنيف العينة حسب صورة اللجلجة الى (لجلجة تكرارية _ لجلجة تطولية _ لجلجة توقفية), واعتمدت الدراسة من الأدوات (اختبار الذكاء المصور), (مقياس المستوي الإجتماعي الإقتصادي), (اختبار شدة التلعثم), (البرنامج الارشادي), وتوصلت نتائج الدراسة الى فاعلية البرنامج الارشادي بالنسبة للمجموعات الثلاث, كما لاتوجد فروق بين الذكور والاناث

بالمجموعات الثلاثة علي مقياس شدة التلعثم في القياس البعدي, كما لاتوجد فروق بين القياسين البعدي والتتبعي بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية علي مقياس شدة التلعثم.

٢- **دراسة فرانكين واخرون (Franken, et al,.2005) بعنوان:** العلاج التجريبى للجلجة المبكرة: دراسة تمهيدية.

هدفت الدراسة معرفة تأثير طريقتين من طرق علاج اللجلجة المبكرة لدى الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة, الطريقة الأولى تعتمد على استخدام برنامج ليدكومب, والطريقة الثانية تعتمد على استخدام برنامج لتنمية الجوانب الحركية, والانفعالية, واللغوية, والمعرفية, وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلا وطفلة من أطفال ما قبل المدرسة المتلجلجين مقسمة إلى مجموعتين, المجموعة الأولى تكونت من (١٥) طفلا وطفلة طبق عليها برنامج ليدكومب, والمجموعة الثانية تكونت من (١٥) طفلا وطفلة طبق عليها برنامج لتنمية الجوانب الحركية والانفعالية واللغوية والمعرفية, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقابلات الوالدين), (مقياس شدة التلعثم), (مقياس طلاقة الكلام أثناء اللعب الحر), وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية الطريقتين (برنامج ليدكومب, برنامج تنمية الجوانب الحركية والانفعالية واللغوية والمعرفية) فى علاج اللجلجة المبكرة لدى الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة, كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين طريقتى العلاج, أى أنهما ذوا أثر فعال فى علاج اللجلجة.

٣- **دراسة (ايمان الكاشف, ٢٠٠٥) بعنوان:** فاعلية برنامج إرشادي لخفض القلق لدى عينة من الأطفال المتلجلجين وتحسين مفهموم الذات لديهم.

هدفت معرفة فاعلية برنامج ارشادي لخفض القلق لدى عينة من الأطفال المتلجلجين وتحسين مفهموم الذات لديهم, وتكونت عينة الدراسة من (٤٥) تلميذا وتلميذة من المتلجلجين (٣٢ ذكرا, ١٣ أنثى) مقسمة الي مجموعتين احداهما مجموعة تجريبية والأخرى ضابطة وتم اختيارهما من بين العينة الكلية

وبلـغ عـددهم (٣٠) تلميـذا تتـراوح أعمـارهم بـين ١١ – ١٤ عامـا, واعتمـدت الدراسـة مـن الأدوات(اسـتمارة دراسـة حالـة الطفـل المـتلجلج) إعـداد الباحثـة, (مقياس مظاهر القلق) إعداد الباحثة, (مقياس مفهوم الذات المتلجلج) إعداد الباحثة, وتوصلت نتائج الدراسة إلي فروق بين أفراد المجموعة التجريبية من المتلجلجين علـى مقيـاس القلـق قبـل وبعـد تطبيـق البرنـامج لصـالح القيـاس البعدي, كما أظهرت الدراسة التتبعية استمرار التحسن الذى حققه البرنامج.

٤- دراسة ناتاشا تراجكوسكى (Natasha Trajkowski; et al.,2006)

بعنوان: علاج اللجلجة لأطفال ما قبل المدرسة بأستخدام النطق التدريجى.

هـدفت الدراسـة معرفـة فاعليـة عـلاج اللجلجـة بطريقـة التـدريب علـى النطـق التـدريجى بإسـتخدام النمذجـة, وتكونـت عينـة الدراسـة مـن طفـل فـى عمـر (٣) سـنوات, وقـد شـمل العـلاج والـدى الطفـل, حيـث قامـا بزيـارة العيـادة سـبع مـرات وعمـلا علـى تـدريب الطفـل مـن (٢: ٦) مـرات يوميـا لمـدة (٥ – ١٠) دقـائق فـى كـل مـرة, وبعـد سـبع أسـابيع قـام المعـالج بقيـاس اللجلجـة لـدى الطفـل, وتوصـلت نتـائج الدراسـة إلـى فاعليـة هـذه الطريقـة العلاجيـة, كمـا توصـلت النتـائج إلـى أن اللجلجة قد انخفضت وبنسبة كبيرة, وتعتبر هذه دلالة أيضا على أهمية التدخل المبكر لعلاج اللجلجة لدى الأطفال.

٥- دراسـة يـارس (Yaruss,2006) بعنـوان: عـلاج أطفـال مـا قبـل المدرسـة المتلجلجين.

هدفت الدراسة معرفة وصف تفصيلى للعلاج المتمركز على العائلة للأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة الذين يعانون من مشكلة اللجلجة إلى جانب تقييم أولى لمخرجـات هـذا العـلاج, تكونـت عينـة الدراسـة مـن (١٧) طفـلا يعـانون مـن هـذه المشكلة تراوحت أعمارهم مابين (٣١ – ٦٢) شهرا وعلائلاتهم, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (تقدير الطلاقة فى كلام الأطفال), (عمل استفتاء يسعى إلى معرفة أراء الأباء حول ماهية المظاهر أو الجوانب المفيدة فى العلاج), وتوصلت نتائج الدراسـة إلـى أن الإجابـات عن الأستقتاء دلت علـى فاعليـة العـلاج, حيث سـاعد

العلائلات على التعلم عن اللجلجة وعن الإستراتيجات التى تسهل عملية الطلاقة لدى الأطفال, كما أظهر تقييم طلاقة الأطفال أن كل أفراد العينة تحصلوا على تحسن فى الطلاقة فى نهاية العلاج, وقد ثبت ذلك من خلال فترة طويلة من المتابعة.

٦- **دراسة (هند إسماعيل إمبابى عبد النبى, ٢٠٠٧) بعنوان:** برنامج إرشادى لتنمية مفهوم الذات وعلاقته بالاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتلعثمين.

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج إرشادى يعمل على تنمية مفهوم ذات إيجابي لدى الأطفال المتلعثمين المضطربين سلوكيا, وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين إحداهما مجموعة تجريبية تتكون من (١٠) أطفال متلعثمين (٨ ذكور - ٢ إناث), ومجموعة ضابطة تتكون من (١٠) أطفال متلعثممين (٨ ذكور - ٢ إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (٥,٥ - ٦,٥) سنوات, وأعتمدت الدراسة من الأدوات السيكومترية: (اختبار لوحة جودارد للذكاء), (اختبار مفهموم الذات المصور), (مقياس السلوك التوافقى), (مقياس شدة التلعثم), (استمارة تحديد نوع وشدة التلعثم), (البرنامج الإرشادى), ومن الأدوات الأكلينكية: (تاريخ الحالة), (دراسة حالة للطفل المتلعثم), (اختبار تفهم الموضووع للأطفال (الكات CAT), وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادى فى تنمية مفهوم ذات إيجابى لدى الأطفال المتلعثمين المضطربين سلوكيا, كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتلعثمين فى القياس البعدى.

٧- **دراسة (رنا سحيم, ٢٠٠٨) بعنوان:** فاعلية برنامج علاجى للتخفيف من شدة التلعثم لدى الأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة من (٩ : ١٢) سنة.

وهدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج علاجى سلوكى على تخفيف حدة القلق عند المتلعثمين, وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلا وطفلة متلعثم وتم تقسميهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة تتراواح أعمارهم ما بين (٩ : ١٢) سنة, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (متاهة يورثيوبى للذكاء),

(مقياس شدة التلعثم), (استمارة بيانات شخصية وإجتماعية), (مقياس القلق), (برنامج علاجى سلوكى), وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجى السلوكى فى تخفيف حدة القلق لدى الأطفال المتلعثمين, كما توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس القلق لصالح القياس البعدى.

٨- **دراسة (أمل عبد اللطيف حمدي, ٢٠٠٨) بعنوان:** مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين للتخفيف من حدة التلعثم لدي أطفال المرحلة الإبتدائية.

هدفت الدراسة إلي تخفيف حدة التلعثم لدي الطلاب، وتحسين معاملة الوالدين للطلاب الذين يعانون التلعثم و رفع مستوي تقدير الذات عند هؤلاء الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) من الأباء و الأمهات لأطفال متلعثمين من المرحلة الإبتدائية و تتراوح أعمارهم ما بين (٦-٩) سنوات حيث تكونت عينة الدراسة من الذكور و الإناث حيث تم إختيار العينة من وحدة التخاطب بمعهد السمع و الكلام، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المتلعثمين في القياس القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي علي متغيرات تقدير الذات والحد من التلعثم كما أنها وجدت فروق جوهرية إحصائية تبعا لنوع الجنس(ذكر أو أنثي)في القياس البعدي و ذلك لصالح الذكور.

٩- **دراسة (السيد يس التهامى, ٢٠٠٨) بعنوان:** فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى علاج بعض اضطرابات الكلام واللغة لدى الأطفال.

هدفت الدراسة معرفة فاعلية برنامج للتدخل المبكرفى علاج بعض اضطرابات الكلام واللغة لدى الأطفال, وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلاً وطفلة من الملتحقين بالصفين الأول والثانى فى رياض الأطفال ممن يعانون من بعض اضطرابات الكلام واللغة، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٤,٩-٦,٦) أعوام، تم تقسيمهم إلى ست مجموعات مجموعة تجريبية أولى (لجلجة)، تضم (٥) أطفال,مجموعة تجريبية ثانية (تأخر النمو اللغوى)، تضم (٥) أطفال,مجموعة

تجريبية ثالثة (اضطرابات نطق)، تضم (٥) أطفال,مجموعة ضابطة أولى (لجلجة)، تضم (٥) أطفال,مجموعة ضابطة ثانية (تأخر النمو اللغوى)، تضم (٥) أطفال, مجموعة ضابطة ثالثة (اضطرابات نطق)، تضم (٥) أطفال, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (اختبار رسم الرجل لتحديد معامل للذكاء إعداد جود انف هاريس), (مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة إعداد عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٦), (مقياس تشخيص اللجلجة إعداد الباحث), (مقياس تشخيص تأخر النمو اللغوى لدى أطفال ما قبل المدرسة إعداد الباحث), (مقياس تشخيص اضطرابات النطق إعداد عبد العزيز الشخص، إعادة تقنين الباحث), (برنامج التدخل المبكر إعداد الباحث), وتوصلت نتائجالدراسة إلى فاعلية برنامج التخل المبكر العلاجى المستخدم فى الدراسة فى علاج بعض اضطرابات الكلام واللغة (اللجلجة, تأخر النمو اللغوى, اضطرابات النطق) لدى الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة.

١٠- **دراسة (إيرين جانج Erin Jang, ٢٠٠٨) بعنوان:** برنامج الليدكومب: تأثير تدريب الآباء على اللجلجة لدى أطفال ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة معرفة فاعلية تدريب الوالدين علي برنامج ليدكومب للتخفيف من حدة اللجلجة لدي الأطفال ما قبل المدرسة, وتكونت عينة الدراسة من أباء (٣) أطفال في عمر ما قبل المدرسة يعانون من إضطراب اللجلجة حيث قام الباحث بمقارنة هؤلاء الأباء مع أباء أطفال أخرون يعانون من نفس الإضطراب لم يتلقوا أي تدريب علي هذا البرنامج, وتوصلت نتائج الدراسة إلى إنخفاض اللجلجة لدي طفلين من الأطفال أما الطفل الثالث فإنه لم يكن قادرا علي إحراز أي تقدم لذلك توقف عن حضور الجلسات وقد دلت هذه النتيجة علي أن تدريب الوالدين علي هذا البرنامج يعتبر عنصرا أساسيا في المساهمة في فاعليته.

١١- **دراسة (ولاء أحمد على الريفي, ٢٠٠٩) بعنوان:** استخدام طريقة سميث أكسنت في علاج التلعثم وأثرها على سمات الشخصية لدى الأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة.

هدفت الدراسة معرفة فاعلية استخدام طريقة سميث أكسنت في علاج التلعثم وأثرها على سمات الشخصية لدى الأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة, وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفل متلعثم (إناث – ذكور) فى مرحلة الطفولة المتأخرة تتراوح أعمارهم من (٩ : ١٢) ودرجة ذكائهم لا تقل عن (٩٠) قسمت العينة إلى مجموعتين بالتساوى إحدهما مجموعة تجريبية والأخرى مجموعة ضابطة, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة), (إستمارة تحديد المستوى الإجتماعى والإقتصادى للأسرة), (إختبار شدة التلعثم), (مقياس مفهوم الذات للأطفال), (مقياس القلق للأطفال), (مقياس السلوك العدوانى للأطفال), (مقياس الإنطواء للأطفال), (طريقة سميث أكسنت), وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن علاج الأطفال المتلعثمين بطريقة سميث أكسنت له الأثر الإيجابى على درجة التلعثم وسمات الشخصية لديهم.

١٢- **تقرير (ناتاشا تراجكوسكى ,Natasha Trajkowski : et al., ٢٠٠٩) بعنوان:** أستخدم النطق التدريجى فى علاج أطفال ما قبل المدرسة المتلجلجين : تجربة الخط القاعدى المتعدد.

هدفت الدراسة معرفة أثر العلاج الكلامى بطريقة التشديد على المقاطع اللغوية, وتكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة (ما قبل المدرسة) يعانون من اللجلجة فى الكلام, وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية هذه الطريقة العلاجية, حيث كانت نسبة التحسن فى الأسبوع الأول لدى كل طفل ٤٠%, ٤٤%, ٣٢% مما يدل على فاعلية هذه الطريقة فى التخفيف من حدة اللجلجة. أما المدة الكاملة للعلاج فتطلب (٦) زيارات للعيادة بحدود (٣٠ – ٦٠) دقيقة فى كل مرة.

١٣- **دراسة إيرانى (Irani, 2010) بعنوان:** تقييم بعض الأساليب المختلفة المستخدمة فى العلاج المكثف للجلجة.

هدف الدراسة معرفة بعض الاساليب المختلفة المستخدمة فى العلاج المكثف للجلجة للمراهقين والبالغين الذين يعانون من اللجلجة المقدم فى جامعة ولاية

جرين بولنج, وتكونت عينة الدراسة من (٧) مراهقين الذين ارتبطو بمقبلات شبه منظمة والذين ترددوا على العيادة بين سنة (٢٠٠٣ و ٢٠٠٨), وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقياس شدة اللجلجة), (تحليل المقابلات باستخدام تحليل موضوعى للتقرير الذاتى لكلا المشاركين فى الدراسة), (تصميم طرق مختلطة لتقييم فاعلية العلاج), وتوصلت نتائج الدراسة إلى بعض التقدم العلاجى الملحوظ بجميع مقاييس اللجلجة, وتغير الموقف طبقا للعلاج المكثف.

١٤- **دراسة (هرنادز وأخرون Hernadez, et al, ٢٠١٠) بعنوان:** ماهى نسبة الأطفال الذين يتم علاجهم من اللجلجة وهم مصابون بإضطربات وما هى الطريقة المفضلة للعلاج؟.

هدفت الدراسة معرفة وتحديد عدد الأطفال الذين يتلقون خدمات علاج للكلام بسبب وجود إضطرابات فى الطلاقة فى ولاية تكساس, وتكونت عينة الدراسة من (٧) أطفال يعانون من مشكلات فى الكلام واللغة فى المرحلة الابتدائية, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقياس شدة اللجلجة), (مقابلات منظمة للأطفال والوالدين والمعلمين), (استبيان أساليب التنشئة الوالدية), (اختبار الشخصية للأطفال الكات), وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الاطفال المتلجلجون يعانون من بعض الإضطربات النفسية بسبب إصابتهم باللجلجة مقارنة بأقرانهم العاديين فى نفس المرحلة العمرية.

١٥- **دراسة (إيمان جمعه فهمى, ٢٠١٠) بعنوان:** برنامج تدريبى قائم على تحسين فعالية الذات المدركة لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين.

وهدفت الدراسة معرفة فاعلية برنامج تدريبى قائم على تحسين فعالية الذات المدركة لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين, وتكونت عينة الدراسة من (٨) مراهقين ومراهقات الذين يعانون من التلعثم وانخفاض فى مستوى فعالية الذات المدركة وتراوحت أعمارهم بين (١٢-١٦) عاماً بمتوسط عمرى (١٤) عاماً وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بالتساوى إحداهما مجموعة تجريبية, والأخرىمجموعة ضابطة بالإضافة إلى (٨) من آباء وأمهات هؤلاء المشاركين

وتتراوح أعمارهم بين (٤٠-٥٠) عاماً بمتوسط عمرى (٤٥)عاماً, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (اختبار الذكاء المصور إعداد أحمد زكى صالح ١٩٧٨), (مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي إعداد حمدان فضة ١٩٩٧), (مقياس فعالية الذات المدركة إعداد الباحثة), (مقياس تقدير شدة التلعثم-SSi (3إعداد ريلاى Rilay، 1994 ترجمة سيد أحمد البهاص ٢٠٠٥), (استمارة بيانات حالة للمراهق المتلعثم إعداد الباحثة), (البرنامج التدريبي إعداد الباحثة), وتوصلت نتائج الدراسةإلى فاعلية برنامج تدريبى قائم على تحسين فعالية الذات المدركة لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين.

١٦- **دراسة (سالى على حسن, ٢٠١١) بعنوان:** فعالية إستخدام برنامج علاجى تكاملى متعدد الابعاد لعلاج اللجلجة وتحسين الفاعلية الذاتية لدى عينة من اطفال مرحلة ما قبل المدرسة.

هدفت الدراسة معرفة فعالية البرنامج العلاجى التكاملى متعدد الأبعاد فى علاج اللجلجة وتحسين الفاعلية الذاتية لدى عينة من اطفال مرحلة ما قبل المدرسة من المتلجلجين وتقويم استمرار تأثير هذا البرنامج بعد مرور فترة زمنية تصل الى خمسة أشهر, وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) متلجلجا بمرحلة ما قبل المدرسة تتراوح أعمارهم من (٤- ٦) سنوات مقسمة إلى مجموعتين بالتساوى إحداهما مجموعة تجريبية والأخرى مجموعة ضابطة, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقياس فاعلية الذات المصور لتلك الاطفال), (مقياس شدة اللجلجة المصور لهم), (البرنامج العلاجى وأعتمد على المنهج شبه التجريبى), وتوصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين اطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح اطفال المجموعة التجريبية , وبين فترات القياس (القبلى – البعدى – التتبعى) لصالح القياس البعدى – التتبعى, بعد عزل أثر القياس القبلى, والتفاعل بين المجموعة وفترات القياس على مقياس شدة اللجلجة, كما توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين اطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح اطفال المجموعة التجريبية وبين فترات القياس (القبلى – البعدى – التتبعى)

لصالح القياس البعدى – التتبعى, بعد عزل أثر القياس القبلى, والتفاعل بين المجموعة وفترات القياس على مقياس فاعلية الذات.

١٧- **دراسة (نهى محى الدين حسين, ٢٠١١) بعنوان:** مدى فاعلية برنامج ارشادي انتقائي لعلاج الرهاب الاجتماعي في تخفيف مستوي اللجلجة لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية المتلجلجين.

هدفت الدراسة معرفة فاعلية برنامج ارشادي انتقائي لعلاج الرهاب الاجتماعي في تخفيف مستوي اللجلجة لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية المتلجلجين , وتكونت عينة الدراسة من (٢٤ طفلا وطفلة) مصابين باللجلجة مقسمة الي مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة , واعتمدت الدراسة من الأدوات (مقياس الرهاب الاجتماعي), (مقياس شدة التلعثم), (البرنامج الارشادي), وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادى لدى أطفال المرحلة الإبتدائية المتلجلجين.

١٨- **دراسة (سناء سعد غشير, ٢٠١٣) بعنوان:** فاعلية برنامج إرشادى للتخفيف من اللجلجة والقلق الاجتماعى لدى أطفال الروضة بمدينة طرابلس فى ليبيا.

هدفت الدراسة معرفة فاعلية برنامج إرشادى للتخفيف من اللجلجة والقلق الاجتماعى لدى أطفال الروضة بمدينة طرابلس فى ليبيا, وتكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال تراوحت أعمارهم بين (٤-٦) سنوات, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (لوحة جودارد للذكاء), (مقياس شدة التلعثم), (استمارة بيانات شخصية وإجتماعية), (مقياس القلق الإجتماعى), (البرنامج الإرشادى), وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادى على أطفال ما قبل المدرسة.

١٩- **دراسة (ويجل Weigel, ٢٠١٣) بعنوان:** مدى استجابة المراهقين الذين يعانون من اللجلجة للعلاج.

هدفت الدراسة معرفة الأسباب التى تساهم فى العلاج الناجح للمراهقين الذين يتلجلجون, وتكونت عينة الدراسة من (٣٢) مراهق تتراوح أعمارهم مابين (١٢ –

١٧) عاما, وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقياس شدة اللجلجة), (اختبار الشخصية للكبار), (مقياس تقرير الذات), (مقياس التعرف على المستوى رضا المتلجلجين عن كلامهم), وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن اللجلجة تظهر عادة فى الطفولة المبكرة وأن هناك إحتمالية للشفاء الطبيعى قرب مرحلة المراهقة , عندما تستمر اللجلجة فى مرحلة البلوغ تصبح مزمنة لذلك نجد أن الأساليب العلاجية لا تحقق نجاح كبير مع المراهقين وهى مرحلة حرجة من العلاج, كما توصلت النتائج إلى أن المراهقين الذين يعانون من اللجلجة يعانون من بعض الإضطربات النفسية (مثل الخوف – القلق – الإنطواء – الخجل).

٢٠- **دراسة (بسمة عاطف إبراهيم سالم, ٢٠١٥) بعنوان:** فاعلية برنامج علاجى للتخفيف من بعض الإضطرابات النفسية المصاحبة للجلجة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

هدفت الدراسة معرفة مدى فاعلية برنامج علاجى للتخفيف من بعض الإضطرابات النفسية المصاحبة للجلجة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية, وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفل وطفلة متلجلجين مقسمة إلى مجموعتين إحداهما مجموعة تجريبية والأخرى مجموعة ضابطة تراوحت أعمارهم ما بين (٩: ١٢) عاما، وأعتمدت الدراسة من الأدوات (مقياس تشخيص إضطرابات اللغة والكلام), (اختبارستانفورد بينه الصورة الخامسة), (مقياس المستوى الإجتماعى الإقتصادى), (استمارة دراسة حالة), (البرنامج العلاجى), وتوصلت نتائج الدراسة إلى التحقق من فاعلية البرنامج العلاجى فى التخفيف من حدة الإضطرابات النفسية المصاحبة للجلجة لدى الأطفال فى المرحلة الابتدائية.

- **تعقيب على المحور الثانى**

من خلال إطلاع الباحثة على العديد من الدراسات السابقة التى تناولت البرامج المستخدمة فى علاج التلعثم فقد لاحظت الباحثة مايلي :

(١) من حيث الهدف :

تنوعت الدراسات السابقة الخاصة بهذا المحور من حيث الهدف حيث أن بعض الدراسات هدفت إلى إعداد برنامج تدريبيللوالدين علي برنامج ليدكومب للتخفيف من حدة اللجلجة مثل دراسة إيرين جانج Erin Jang (٢٠٠٨).

كما هدفت بعض الدراسات إلي معرفةفاعلية البرامج الإرشادية في علاج التلعثم مثل دراسة محمد محمود النحاس (٢٠٠٥), ودراسة أمل حمدى (٢٠٠٨).

وكذلك اتجهت بعض الدراسات الأخرى إلى إعداد برنامج علاجى سلوكى للتخفيف من شدة القلق لدى الأطفال المتلجلجين مثل دراسة دراسة ايمان الكاشف (٢٠٠٥), ودراسة رنا سحيم فهد (٢٠٠٨), ودراسة دراسة بسمة عاطف إبراهيم سالم (٢٠١٥).

وقد هدفت دراسة ويجل Weigel (٢٠١٣) إلى التعرف على الأسباب التى تساهم فى العلاج الناجح للمراهقين الذين يتلجلجون.

بينما إتجهت بعض الدراسات الآخرى إلى معرفة فاعلية برنامج تدريبى قائم على تحسين فعالية الذات المدركة لخفض حدة التلعثم مثل دراسة إيمان جمعه فهمى (٢٠١٠).

وقد إستفادت الباحثة من تنوع هذه الأهداف حيث ساعدتها فى إعداد البرنامج العلاجى الخاص بموضوع دراستها الحالية.

(٢) من حيث العينة :

تنوعت العينات فى هذا المحور من حيث الحجم والعمر الزمنى هذا التنوع ساعد الباحثة على اختيار حجم وعمر العينة المناسب لموضوع الدراسة الحالية.

(٣) من حيث الأدوات :

تنوعت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة العربية والأجنبية وهذا التنوع ساعد الباحثة على اختيار الأدوات المناسبة لموضوع الدراسة الحالية.

(٤)من حيث النتائج :

أكدت العديد من الدراسات على أهمية التدخل المبكر فى علاج التلعثم مثل دراسة السيد يس التهامي (٢٠٠٨), ودراسة رنا سحيم فهد (٢٠٠٨).

كما توصلت بعض نتائج الدراسات السابقة إلى وجود علاقة بين مفهوم الذات عند الأطفال واللجلجة (التلعثم) فكلما كان لدى الطفل مفهوم إيجابى عن ذاته كلما كان أقل عرضه للإصابة بإضطراب اللجلجة مثلدراسة هند إسماعيل إمبابى (٢٠٠٧).

تعقيب عام على الدراسات السابقة

بعد الإطلاع على العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية والتى تمس موضوع الدراسة الحالية وهى "فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ماقبل المدرسة" فسوف تقوم الباحثة بالتعقيب على المحورين من حيث :

(١) الهدف :

فقد هدفت الدراسات السابقة إلي :

- التعرف على العلاقة بين ضغوط الوالدية والتلعثم عند الأطفال.
- التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات والتلعثم عند الأطفال.
- التعرف على العلاقة بين الضغوط اللغوية والتلعثم عند الأطفال.
- التعرف على مدى أهمية التدخل المبكر لعلاج التلعثم عند الأطفال.
- التعرف على مدى تأثير الأسرة على النو اللغوى عند الأطفال.
- التعرف على مدى تأثير التلعثم على التحصيل الدراسى ومفهوم الذات للطفل.

(٢)العينة :

تبيانت الدراسات السابقة من حيث حجم العينة فهناك بعض الدراسات أجريت على عينات كبيرة، ولكن يلاحظ بصورة عامة أن الدراسات التي أجريت على عينات كبيرة كان أغلبها يسعى إلى دراسة خصائص الأطفال الذين يعانون من إضطرابات الكلام واللغة، وبينما الدراسات التى أجريت على عينات صغيرة كانت بهدف تقديم برامج علاجية.

كما كان هناك تباين واضح فى أعمار العينات التى تناولتها الدراسات السابقة وقد استفادت الباحثة من هذا التباين فى تحديد حجم عينة البحث الحالى حيث تكونت من (٢٠) طفلا متلعثما من أطفال مرحلة ما قبل المدرسة، وعمر العينة حيث تتراوح أعمارهم بين (٤–٦) سنوات.

(٣)الأدوات :

إستفادت الباحثة من الأدوات المتنوعة التى تناولتها الدراسات السابقة فى اختيار أدوات الدراسة الحالية والتى تتناسب مع طبيعة الدراسة حيث استخدمت الباحثة الأدوات التالية :

- اختبار رسم الرجل لتحديد معامل الذكاء (إعداد جود انف هاريس, تقنين فاطمة حنفى, ١٩٩٣).
- مقياس المستوى الإقتصادى الثقافى الإجتماعى للأسرة (إعداد محمد بيومى خليل, ٢٠٠٣).
- مقياس ضغوط الوالدية (إعداد أبيدين Abidin, ترجمة فيولا الببلاوى ١٩٨٨).
- مقياس شدة التلعثم (إعداد الباحثة).
- برنامج التدخل المبكر (اعداد الباحثة).

(٤) النتائج :

وقد توصلت نتائج بعض الدراسات السابقة إلى أن هناك علاقة إرتباطية بين الضغوط الوالدية وحدوث تلعثم لدى الأطفال، كما أكدت على أهمية وعى الوالدين بمشكلة التلعثم ودورهم فى حلها لذلك يجب إشراكهم فى الخطة العلاجية لدى الطفل المتلعثم حتى نضمن نجاح الخطة العلاجية فهذه الدراسات اشارت أن تعرض بعض الأطفال لممارسات وأساليب والدية سلبية مثل الإهمال, والقسوة, والعنف, والتفريق بين الطفل واخواته وسوء المعاملة كل هذه الاشكال يترتب عليها جعل الطفل يخاف من المواقف الاجتماعية ويخشى التواصل مع الاخرين ويميل إلى الإنطواء ويتلعثمأثناء كلامهمثل دراسة علا محمد زكى (٢٠٠٠), ودراسة مروة محمد حسن حجاب (٢٠٠٧).

كما توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك علاقة علاقة إرتباطية سالبة بين مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتلعثمين مثل دراسة هند اسماعيل إمبابى (٢٠٠٧).

وقد أكدت دراسة رنا سحيم (٢٠٠٨) على أن حدوث اللجلجة عند الأطفال يؤثر بالسلب على مستوى تحصيلهم الدراسى ويكون لديهم مفهوم ذات منخفض ويشعرون بالقلق أثناء تحدثهم أمام الآخرين.

كما أكدت بعض الدراسات السابقة مثل دراسة السيد يس التهامى (٢٠٠٨), وسالى على حسن (٢٠١١) على ضرورة التدخل المبكر لعلاج التلعثم حيث أنه يساهم فى القضاء على التلعثم بشكل أفضل.

▪ أوجه الإستفادة من الدراسات السابقة

يمكن تلخيص أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة فى النقاط التالية :

١ – التعرف على السمات الخاصة للأطفال المتلعثمين فى مرحلة ما قبل المدرسة.

٢ – التعرف على ضرورة التدخل المبكر فى علاج التلعثم لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة.

٣– التعرف على بعض العوامل المرتبطة بحدوث التلعثم لدى الأطفال مثل ضغوط الوالدية.

٤– الإطلاع على العديد من البرامج العلاجية والإرشادية المستخدمة فى علاج اللجلجة لدى الأطفال والأستفادة من هذه البرامج فى تصميم البرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة الحالية.

٥– الإطلاع على العديد من الإستراتيجيات والفنيات العلاجية المختلفة.

٦– الإستفادة من هذه الدراسات السابقة فى تحديد الإطار النظرى الخاص بالدراسة الحالية حيث أن هذه الدراسات تناولت مشكلة التلعثم بشئ من التفصيل.

٧–الإستفادة من هذه الدراسات السابقة فى تحديد نوع وحجم عينة الدراسة الحالية وكذلك اختيار الأدوات والأساليب الإحصائية المناسبة لهذه الدراسة.

فروض الدراسة :

١– توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في ضغوط الوالدية، وذلك لصالح القياس البعدي.

٢– توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس ضغوط الوالدية في القياس البعدي، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

٣– لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس ضغوط الوالدية.

٤- توجد فروق بين متوسطيرتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في التلعثم، وذلك لصالح القياس البعدي.

٥- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التلعثم في القياس البعدي، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

٦- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في التلعثم.

الفصل الرابع
منهج الدراسة وإجراءاتها

تمهيد.

أولاً : منهج الدراسة.

ثانياً : إجراءات الدراسة:

١ – عينة الدراسة.

٢ – أدوات الدراسة.

٣ –الإجراءات الميدانية للدراسة.

٤ – الأساليب الإحصائية.

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

تمهيد

بعد الإنتهاء من عرض الإطار النظري لهذه الدراسة، وكذلك الدراسات السابقة الخاصة بها وتحديد فروض الدراسة، ستقوم الباحثة فى هذا الفصل بتناول الإجراءات المنهجية والميدانية للدراسة والتى تتضمن وصف العينة التى قامت عليها الدراسة، وكذلك الأدوات المستخدمة، كما تتناول أيضا طريقة التطبيق الدراسة الحالية، وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة النتائج التى تم التوصل إليها بعد تطبيق الأدوات.

أولا : منهج الدراسة :

تستند الدراسة على المنهج التجريبي؛ حيث يعد من أنسب المناهج لتحقيق هدف الدراسة، القائم على القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمتغير الدراسة، وذلك للتعرف على فاعلية برنامج للتدخل المبكر في خفض ضغوط الوالدية بتحسين التلعثم لدى اطفال ما قبل المدررسة.

ثانياً : إجراءات الدراسة :

الدراسة الإستطلاعية :

إلتحقت الباحثة بدورة تخاطب بمعهد السمع والكلام بإمبابة لمدة عامين، وقد أستفادت الباحثة من هذه الدورة في تفقد مجال اضطرابات الكلام واللغة والتعرف على المشكلات التى يمكن العمل على حلها من خلال دراسة الماجستير التى تقوم الباحثة بإعدادها, حيث تم إختيارإضطراب التلعثم كمشكلة كبيرة فى مرحلة ما قبل المدرسة بإعتبارها مرحلة عمرية هامة فى حياة الإنسان. وهذه المشكلة قد تؤدى إلى مشكلة في التواصل الإجتماعى لهؤلاء الأطفال المتلعثمين، حيث أن الطفل المتلعثم لايستطيع الإفصاح عن رغباته

وحاجاته، مما يؤدى إلى إصابتة بمشكلات نفسية عديدة، ومن هنا انطلقت الباحثة وكانت هذه نقطة بداية الدراسة الحالية عندما شعرت الباحثة أنها مشكلة حقيقية تؤرق الوالدين والأطفال المتلعثمين.

وقد استفادت الباحثة من هذه الدورة أيضا فى إعداد برنامج للتدخل المبكر الهدف منه علاج مشكلة التلعثم وخفض ضغوط الوالدية.

فقامت الباحثة بعمل دراسة إستطلاعية تهدف إلى التعرف على مدى فعالية الجلسات التى تم إعدادها للتعامل مع الأطفال المتلعثمين وأمهاتهم، وكذلك التعرف على العدد المناسب للجلسات والتعرف على المدة الزمنية المناسبة للجلسة, وذلك من خلال تنفيذ بعض الجلسات على مجموعة من الأطفال المتلعثمين فى معهد السمع والكلام. كما تمعرض الجلسات على بعض أخصائين التخاطب وبعض أطباء التخاطب للتعرف على آرائهم حول جلسات البرنامج.

وفيما يلى عرض لأهداف الدراسة الإستطلاعية وإجراءاتها ونتائجها:

(أ) أهداف الدراسة الإستطلاعية :

- تحديد حجم العينة المناسب للدراسة.
- تحديد الأوقات المناسبة لتطبيق البرنامج.
- التعرف على مدى ملائمة البرنامج للأطفال المتلعثمين وأمهاتهم.
- تدريب الباحثة على تنفيذ البرنامج مع الأطفال المتلعثمين وأمهاتهم.
- التعرف على مدى ملائمة أدوات البحث لخصائص العينة.
- تحديد أفضل الفنيات التى تساعد الباحثة على تنفيذ البرنامج.
- تحديد أنواع المعززات التى تناسب خصائص هذه المرحلة.
- التعرف على أهم الصعوبات التى قد تواجه الباحثة أثناء تطبيق البرنامج وكيفية التغلب عليها.

(ب) إجراءات الدراسة الاستطلاعية :

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من (٣٠) أم وطفل من معهد السمع والكلام بإمبابة للتحقق من صدق وثبات ادوات الدراسة، وتكونت عينة الدراسة التجريبية من(٢٠) طفل، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ إحدهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منهما (١٠) أمهات و(١٠) اطفال (٧ ذكور , ٣ إناث) تتراوح اعمارهم من (٤-٦) سنة، وتراوحت أعمار الأمهات بين (٢٥ – ٣٥) سنة، وتم تحديد العينة بشكل عمدي.

١. عينة الدراسة

أسس إختيار العينة :

تم إخيتار أفراد العينة من أطفال ما قبل المدرسة الملتحقين بالمستويين الأول والثانى برياض الأطفال, حيث تنتشر مشكلة تنتشر بشكل واضح فى هذه المرحلة الأمر الذى قد يسبب مشكلات نفسية وإجتماعية لدى الأطفال المتلعثمين, وتتمثل خصائص عينة الدراسة فيما يلي :

١. راعت الباحثة أن يكون الامهات من مرتفعي ضغوط الوالدية.

٢. راعت الباحثة ألا يعانى الأطفال من أى إعاقات ذهنية أو جسمية باستثناء التلعثم.

٣. راعت الباحثة أن تضم عينة الدراسة كلاً من النوعين (ذكور – إناث).

٤. أن ينتمي أفراد العينة إلى مستوى اقتصادي متكافئ.

٥. أن تتراوح اعمار الامهات ٢٥- ٣٥.

٦. أن تتراوح أعمار الاطفال من ٤-٦ عاماً.

وفيما يلي تعرض الباحثة الإجراءات التي تم القيام بها لضبط المتغيرات للتحقق من أن عينة الدراسة متكافئة، من حيث العمر والمستوى الإقتصادي، والذكاء وضغوط الوالدية والتلعثم قبل تطبيق البرنامج كما يلي :

أ. العمر الزمني :

قامت الباحثة بحساب العمر الزمني للأمهات والأطفال وذلك من خلال حساب عمر الأطفال بالشهور في المجموعتين التجريبية والضابطة، ثم قامت الباحثة بحساب الفروق بين المجموعتين في العمر الزمني، حيث تم استخدام اختبار مان – ويتني Mann-Whitny اللابارمتري لحساب الفروق، وذلك للتأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما، والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة .

جدول (١)

الفروق بين متوسطي رتب درجات الأمهات والأطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني

	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
عمر الام	تجريبية	١٠	٣٠,٢٠	٣,٧٩	١٠,١٥	١٠١,٥٠	٤٦,٥٠٠	١,١٢٥	.٧٩٦ غير دالة
	ضابطة	١٠	٣٠,٨٠	٣,٢٦	١٠,٨٥	١٠٨,٥٠			
عمر الاطفال	تجريبية	١٠	٦٤,١٠	٧,٢٥	١٢,٣٥	١٢٣,٥٠	٣١,٥٠٠	١,٤٨٢	.١٦٥ غير دالة
	ضابطة	١٠	٦١	٣,٩٢	٨,٦٥	٨٦,٥٠			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب الأمهات ومتوسط درجات الأطفال في المجموعتين (التجريبية – الضابطة) في العمر الزمني، فمن خلال حساب قيمة (U) وجد أنها مساوية (٤٦,٥٠٠) لأمهات الاطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة وكذلك بلغت قيمة (U) لأطفال المجموعتين (٣١,٥٠٠)، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنهاغير دالة إحصائياً أي العينتين متكافئتين في العمر الزمني.

ب. المستوى الإقتصادي :

قامت الباحثة بحساب المستوى الإقتصادي للمجموعتين التجريبية والضابطة، وذلك للتأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما، حيث تم استخدام اختبار مان – ويتني Mann-Whitny اللابارمتري لحساب الفروق، وذلك

للتأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما، والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

جدول (٢)

الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الإقتصادي

المستوى الاقتصادي	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
	تجريبية	١٠	١٦١	١٧,٤٨	١١,١٥	١١١,٥٠	٤٣,٥٠٠	.٤٩٣	.٦٣١ غير دالة
	ضابطة	١٠	١٥٦,٥٠	١٢,٩٣	٩,٨٥	٩٨,٥٠			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعتين (التجريبية – الضابطة) في المستوى الإقتصادي، فمن خلال حساب قيمة (U) وجد أنها مساوية (٤٣,٥٠٠)، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها غير دالة احصائياً أي العينتين متكافئتين في المستوى الإقتصادي.

ج.الذكاء :

قامت الباحثة بحساب نسبة الذكاء لأطفال المجموعتين التجريبية والضابطة؛ حيث تم استخدام اختبار مان – ويتني Mann-Whitny اللابارامتري لحساب الفروق، وذلك للتأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما، والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء

	المجموعة	العدد (ن)	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الذكاء	التجريبية	١٠	٩٢,٢٣	٤,٢٥	١٠,٨٥	١٠٨,٥٠	٤٦,٥٠٠	.٢٦٥	.٧٩٦ غير دالة
	الضابطة	١٠	٩١,٦٨	٦,٠٦	١٠,١٥	١٠١,٥٠			

يتضح من الجدول السابق:عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعتين (التجريبية – الضابطة) في الذكاء، فمن خلال حساب قيمة (U) وجد أنها مساوية (٤٦,٥٠٠)، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها غير دالة إحصائياً أي العينتين متكافئتين في الذكاء.

د.الضغوط الوالدية :

قامت الباحثة بحساب تكافؤ المحموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي، من خلال حساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين في الضغوط الوالدية، حيث تم استخدام اختبار مان – ويتني Mann-Whitny اللابارمتري لحساب الفروق، وذلك للتأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما، والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة

جدول (٤)
الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس ضغوطا لوالدية في القياس القبلي

الضغوط	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
التوافقية	تجريبية	١٠	٤٠,٠٠	٦,٧٧	٩,٦٥	٩٦,٥٠	**٤١,٥٠٠**	**.٦٤٤**	**.٥٢٩ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٤٢,٠٠	٦,٧٣	١١,٣٥	١١٣,٥٠			
التقبلية	تجريبية	١٠	٢٤,٣٠	٣,٩٧	٩,٩٠	٩٩	**٤٤**	.٤٥٦	**.٦٨٤ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٢٤,٨٠	٣,٠١	١١,١٠	١١١			
كثرة المطالب	تجريبية	١٠	٣٨,١٠	٣,٠٣	١٠,٩٠	١٠٩	**٤٦**	.٣٠٥	**.٧٩٦ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٣٧,٧٠	٣,٣٣	١٠,١٠	١٠١			
التقلب المزاجي	تجريبية	١٠	١٨,٢٠	٢,٧٨	١٢,٠٥	١٢٠,٥٠	**٣٤,٥٠٠**	١,١٨٢	**.٢٤٧ غير دالة**
	ضابطة	١٠	١٦,٧٠	٢,٢١	٨,٩٥	٨٩,٥٠			
التشتت	تجريبية	١٠	٣٨,٠٠	٤,٥٩	١١,٩٥	١١٩,٥٠	**٣٥,٥٠٠**	١,١٠٤	**.٢٠٨ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٣٦,٠٠	٣,٨٣	٩,٠٥	٩٠,٥٠			
تدعيم الطفل	تجريبية	١٠	٢١,٤٠	٣,١٣	٩,٤٥	٩٤,٥٠	**٣٩,٥٠٠**	.٨٠٤	**.٤٣٦ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٢٢,٤٠	٢,٤٦	١١,٥٥	١١٥,٥٠			
الدرجة الكلية للبعد الخاص بالطفل	تجريبية	١٠	١٨٠,٠٠	١٣,٤٦	١٠,٤٥	١٠٤,٥٠	**٤٩,٥٠٠**	.٠٣٨	**.٩٧١ غير دالة**
	ضابطة	١٠	١٧٩,٦٠	١٠,٠٧	١٠,٥٥	١٠٥,٥٠			
الاكتئاب	تجريبية	١٠	٣٧,٤٠	٣,٤٧	١١	١١٠	**٤٥**	.٣٨٠	**.٧٣٩ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٣٦,٧٠	٣,٦٢	١٠	١٠٠			
الرابطة	تجريبية	١٠	٢٧,٦٠	٣,٨٦	٩	٩٠	**٣٥**	١,١٤١	**.٢٨٠ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٢٩,٦٠	٢,٤٦	١٢	١٢٠			
قيود الدور	تجريبية	١٠	٢٨,٤٠	١,٨٤	٩	٩٠	**٣٥**	١,١٤٨	**.٢٨٠ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٢٩,٤٠	٢,٠١	١٢	١٢٠			
الاحساس بالكفاءة	تجريبية	١٠	٤٧,٦٠	٥,١٣	٨,٤٠	٨٤	**٢٩**	١,٥٩٩	**.١٢٣ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٥٠,٣٠	٤,٦٩	١٢,٦٠	١٢٦			
العزلة الاجتماعية	تجريبية	١٠	٢٤,٨٠	٢,٩٠	١١,٦٠	١١٤	**٣٩**	.٨٤١	**.٤٣٦ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٢٣,٩٠	٢,٧٣	٩,٤٠	٩٤			
العلاقة بين الزوجين	تجريبية	١٠	٢٨,٧٠	٢,٩٨	١٠,٣٥	١٠٣,٥٠	**٤٨,٥٠٠**	.١١٥	**.٩١٢ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٢٩,٣٠	١,٦٤	١٠,٦٥	١٠٦,٥٠			
صحة الوالدين	تجريبية	١٠	٢١,٨٠	٢,٠٤	١٢,٥٥	١٢٥,٥٠	**٢٩,٥٠٠**	١,٥٧٥	**.١٢٣ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٢٠,٥٠	١,٥٨	٨,٤٥	٨٤,٥٠			
الدرجة الكلية للبعد الخاص بالوالدين	تجريبية	١٠	٢١٦,٣٠	٦,١١	٨,٦٥	٨٦,٥٠	**٣١,٥٠٠**	١,٤٠٥	**.١٦٥ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٢١٩,٧٠	٤,٣٥	١٢,٣٥	١٢٣,٥٠			
الدرجة الكلية	تجريبية	١٠	٣٩٦,٣٠	١٨,٤٦	٩,٩٥	٩٩,٥٠	**٤٤,٥٠٠**	.٤١٧	**.٦٨٧ غير دالة**
	ضابطة	١٠	٣٩٩,٣٠	١١,١٥	١١,٠٥	١١٠,٥٠			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين (التجريبية – الضابطة) فمن خلال حساب متوسطات الدرجات لأبعاد ضغوط الوالدية وجد أنهما غير دالة إحصائيا مما يدل على عدم وجودفروق بين المجموعتين (التجريبية–الضابطة) في ضغوط الوالدية.

هـ.التلعثم :

قامت الباحثة بحساب تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي في التلعثم، من خلال حساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين، حيث تم استخدام اختبار مان – ويتني Mann-Whitny اللابارمتري لحساب الفروق، وذلك للتأكد من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما، والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة

جدول (٥)

الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التلعثم في القياس القبلي

التلعثم	المجموعات	ن	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
المظاهر الفسيولوجية	تجريبية	١٠	١٣,٩٠	٢,٠٤	١١,٨٥	١١٨,٥٠	٣٦,٥٠٠	١,٠٣٥	.٣١٥ غير دالة
	ضابطة	١٠	٢٠,٢٠	١,٤٩	٩,١٥	٩١,٥٠			
المظاهر الانفعالية	تجريبية	١٠	١٤,٥٠	١,٩٣	١٠,١٠	١٠١	٤٦	.٣٠٦	.٧٩٦ غير دالة
	ضابطة	١٠	٢٠,٩٠	٢,٢٨	١٠,٩٠	١٠٩			
المظاهر الاجتماعية	تجريبية	١٠	١٤,٩٠	١,٥٧	١٢,١٠	١٢١	٣٤	١,٢٣٨	.٢٤٧ غير دالة
	ضابطة	١٠	٢٠	١,٢٠	٨,٩٠	٨٩			
المظاهر السلوكية	تجريبية	١٠	١٤,٦٠	١,٧٠	١٠,٤٠	١٠٤	٤٩	.٠٧٧	.٩٧١ غير دالة
	ضابطة	١٠	٢٠,٤٠	١,٤٣	١٠,٦٠	١٠٦			
الدرجة الكلية	تجريبية	١٠	٥٧,٩٠	٣,٣٣	١١,٦٠	١١٦	٣٩	.٨٣٥	.٤٣٦ غير دالة
	ضابطة	١٠	٨١,٥٠	٤,٠٢	٩,٤٠	٩٤			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين (التجريبية – الضابطة) فمن خلال حساب متوسطات الدرجات لأبعاد التلعثم(المظاهر الفسيولوجية، المظاهر الإنفعالية، والمظاهر الإجتماعية، والمظاهر السلوكية، الدرجة الكلية) وجد أن قيمة "U" تساوي على التوالي (٣٦,٥٠٠ – ٤٦ – ٣٤ –٤٩– ٣٩)، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها غير دالة إحصائياً مما يدل على تكافؤ بين المجموعتين (التجريبية–الضابطة) في التلعثمقبل تطبيق البرنامج

٢. أدوات الدراسة :

استخدامت الباحثة مجموعة من الأدوات المتمثلة في التالي :

١. استمارة المستوى الإقتصادي(إعداد محمد بيومي، ٢٠٠٣).

٢. اختبار رسم الرجل لتحديد معامل الذكاء (إعداد جود انف هاريس, تفنين فاطمة حنفى ١٩٨٣).

٣.مقياس ضغوط الوالدية(إعداد أبيدين Abidin 1983,ترجمة فيولا البيلاوي ١٩٨٨).

٤.مقياس التلعثم(إعداد الباحثة).

٥.برنامج التدخل المبكر(إعداد الباحثة)

وفيما يلي عرض لأدوات الدراسة بشئ من التفصيل :

١. مقياس المستوى الاجتماعي– الإقتصادي – الثقافي المطور للأسرة (إعداد محمد بيومي ٢٠٠٣).

يهدف هذا المقياس إلى تقدير المستوى الإجتماعي– الإقتصادي– الثقافي للأسرة من خلال ثلاث أبعاد أساسية هي المستوى الإجتماعي والإقتصادي والثقافي حيث تضمن كل بعد معلومات عن :

مقياس المستوى الاجتماعي : ويحتوي على معلومات عن الوسط الإجتماعي وحالة الوالدين والعلاقات الأسرية والمناخ الأسري السائد وحالة الأسرة، المستوى

التعليمـي لجميـع أفـراد الأسـرة والنشـاط المجتمعـي لأفـراد الأسـرة، والمكانـة الاجتماعية لمهن أفراد الأسرة.

مقياس المستوى الاقتصادي : ويحتوي على معلومات عن المكانة الاقتصادية لمهن أفراد الأسرة، ومستوى معيشة الأسرة، ومستوى الأجهزة والأدوات المنزلية، وإستهلاك الأسرة للطاقة، والتغذية والرعاية الصحية والعلاج الطبي، ووسائل النقل والأتصال للأسرة، ومعدل انفاق الأسرة على التعليم ومستوى الخدمات التعليميـة، والخـدمات الترويحيـة، والإحتفـالات والحفـلات، والخـدمات المنزليـة المعاونة، والمظهر الشخصي للأفراد.

مقياس المستوى الثقافي : ويتضمن معلوماتعن المستوى الثقافي العام للأسرة، والاهتمامات الثقافية داخل الأسرة، المواقف الفكرية للأسرة، واتجاهات الأسرة نحو العلم والثقافة، ودرجة الوعي الفكري للأسرة، والنشاط الثقافي لأفراد الأسرة.

الخصائص السيكومترية للمقياس :

قام مصصم المقياس بتقنينه على عينة من المجتمع المصري من أبناء الريف والحضر وقد بلغت العينة (٥٠٠) طالب وطالبة، حيث تم التأكد من صدق وثبات المقياس من خلال التالي:

الصدق : تم حساب الصدق من خلال المقارنة الطرفية، حيث كانت قيمة (ت) الدالـة علـى الصـدق التمييزي للمقيـاس دالـة عنـد (٠,٠١)، حيـث كانـت علـى التـوالي (١٦ ، ١٢,٦٠ ، ٢٣,٨٠ ، ١٥,٣٠) وذلـك للأبعـاد الثلاثـة والدرجـة الكلية.

حيث تم حساب ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق، وذلك بعد مرور فترة زمنيـة قدرها ثـلاث أشـهر مـن التطبيـق الأول، وبلغت معاملات الثبـات(٩٥. ، ٩٢. ، ٩٧. ، ٩٤.) للأبعـاد الثلاثـة والدرجـة الكليـة (محمـد بيـومي خليـل، ٢٠٠٣).

٢. اختبار رسم الرجل لتحديد معامل الذكاء (إعداد جود انف هاريس, تفنين فاطمة حنفى, ١٩٨٣).

يهدف اختبار رسم الرجل إلى تحديد ذكاء الأطفال, ويصلح للإستخدام مع الأطفال العاديين والأطفال غير العاديين, واستخدم هذا المقياس لمناسبته سن أطفال موضوع البحث وكذلك لسهولة تطبيقه.

وصف المقياس :

يعد اختبار رسم الرجل من الاختبارات غير اللفظية التى تستخدم لقياس ذكاء الأطفال, وهو من المقاييس الجمعية التى تصح للتطبيق على مجموعة من الأفراد فى وقت واحد بواسطة فاحص واحد. وقد أعدت هذا المقياس فلورانس جود انف هاريس وفيه يطلب من المفحوص أن يرسم صورة لرجل على أفضل نحو يستطيعه, ودون الالتفات لجمال الرسم, ثم يقوم الباحث بتصحيحه, وإعطاء الطفل الدرجات على أساس جميع التفصيلات التى يقوم بها الطفل برسمها وتوضيحها,ويكون التقدير على أساس دقة الطفل فى الملاحظة, وعلى أساس تطور تصوره للموضوع وليس على أساس مهارة الطفل فى الرسم, ومجموع مفردات المقياس الأصلى حوالى (٥١) مفردة وهو يصلح للأطفال من عمر (٣,٥ : ١٣,٥ سنة). وبعد تعديل هاريس (١٩٦٣) وصل عددالمفردات إلى (٧٣) مفرده للرجل و(٧١) مفرده للمرأة وزاد مدى العمر إلى ١٥ سنة.

وقد قام مصطفى فهمى والقباني بتطبيق هذا الاختبار مع اختبار الذكاء الإبتدائى على بعض فصول المدارس الإبتدائية للبنين والبنات بالقاهرة ووفق معامل لإرتباط بين نتائج الاختبارين لأطفال كل عمر على حده وثبت أن الإرتباط دال إحصائيا وأنه يزداد كلما صغر عمر الطفل الذى يجرى عليه الاختبار (فاطمة حنفى , ١٩٨٣ ١١٢ – ١١٩).

تعليمات الاختبار وتصحيحه :

تتخلص تعليمات هذا الإختبار فى إنهاء تعليمات شفوية بتكليف الأطفال المراد قياس ذكائهم باستبعاد ما قد يوجد أمامهم, ما عدا قلما رصاصا وصفحة من

الورق الأبيض, ويطلب منكل طفل أن يرسم رجلا على الورقة البيضاء التى أمامه مع عدم إستعمال الممحاة وتجمع الأوراق بعد انتهاء الأطفال من الرسم ويمكن الإستفسار من الطفل عما تدل عليه أجزاء الرسم وتدوين ذلك, ويعطى المصحح درجة واحدة عن كل نقطة من النقط الواردة بجدول التصحيح وعددها (٧٣) مفردة وذلك بأن يضع علامة الموافقة أمام المفردة التى تمت الموافقة عليها وتوضع علامة (صفر) بجانب كل مفرده لم يتم الموافقة عليها ويعطى درجة (واحدة) للمفردة الموافق عليها. ثم تحسب الدرجة الخام وهى مجموع المفردات التى تمت الموافقة عليها لتعطى درجة كلية يقوم الباحث من خلالها بتحديد العمر العقلى للطفل بالشهور, ومن خلال تحديد العمر العقلى للطفل يمكن التعرف على ذكاء الطفل من خلال استخدام المعادلة التالية الشهيرة: الذكاء = العمر العقلى % العمر الزمنى ×١٠٠ (جوزال عبدالرحيم,١٩٨١, ١٤٢: ١٤٣).

ثبات الاختبار :

قام هاريس بحساب ثبات الاختبار على مجموعتين منفصلتين ووجد أن معامل الارتباط يتراوح ما بين (٠,٩٢ , ٠,٩٧).

وفى دراسة قام بها محمد غنيم على عينة مصرية توصل إلى أن معامل الثبات مرتفع جدا ويتراوح مابين (٠,٨٤ , ٠,٩٨) وهو بذلك يتفق ما توصل إليه جود انف هاريس فى حسابهما للثبات (فاطمة حنفى, ١٩٨٣: ١١٢ – ١١٩) كما قامت فاطمة حنفى (١٩٨٣) بتقنين الاختبار على أطفال الحضانة, حيث قامت بحساب ثبات الاختبار على عينة مكونة من (١٠٠) طفل وطفلة, وقد حصلت على قيمة ثبات (٠,٩٨) وهى قيمة مرتفعة جدا وذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١.

صدق الاختبار :

أسفرت نتائج منظمة الدراسات العربية الأجنبية عن عدم وجود معاملات إرتباط مرتفعة. وقد حسب محمد غنيم الصدق على عينة مصرية مع ستانفورد بينيه

ووجد معاملات ارتباط مرتفعة بينه وبين ستانفورد بينية تراوحت ما بين (٠,٨٠, ٠,٨٤) (جوزال عبدالرحيم, ١٩٨١: ١٤٣).

وقامت فاطمة حنفى (١٩٨٣) بتقنين الاختبار على أطفال الحضانة, حيث قامت بحساب صدق الاختبار مع مقياس ستانفورد وبينيه على عينة مكونة من (٣٥) طفل وطفلة, وقد حصلت على معامل صدق (٠,٧٩) وهى قيمة مرتفعة وذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١.

٣. مقياس ضغوط الوالدية: (إعداد ابيدين Abidin 1983, ترجمة فيولا البيلاوي، ١٩٨٨).

قام بإعداد هذا المقياس أبيدين (Abidin,1983) وهو محصلة من الخبرات الأكاديمية والمهنية لمؤلفهأبيدين – معهد علم النفس الكلينيكي بجامعة فيرجينيا بالولايات المتحدة الامريكية, وقامت "فيولا البيلاوي"بتعريب المقياس وتقنينه على البيئة المصرية.

وصف المقياس :

يتألف المقياس في صورتة النهائية من (١٠١) بنداً بالإضافة إلى (١٩) بندا اختيارياً كمقياس فرعي لضغوط الحياة يتضمن المقياس في الأساس ثلاث عشر مقياس فرعي موزعين في مجالين أو بعدين رئيسين هما المجال أو البعد الخاص بالطفل ويتضمن (٦) مقاييس فرعية والمجال أو البعد الخاص بالوالدين، ويتضمن (٧) مقاييس فرعية بالاضافة إلى المقياس الاختياري بضغوط الحياة وذلك على النحو التالي :

جدول (٦)

ابعاد مقياس ضغوط الوالدية وعدد البنود لكل بعد

المقاييس الخاص بالطفل	عدد البنود	المقاييس الخاصة بالوالدين	عدد البنود
التوافقية	١١	الاكتئاب	٩
التقبلية	٩	الرابطة العاطفية بالطفل	٧
كثرة المطالب والالحاح	٩	قيود الدزر الوالدي	٧
التقلب المزاجي	٥	الاحساس بالكفاءة	١٣
التشتت أو الالتهاء / النشاط الزائد	٩	العزلة الاجتماعية	٦
تدعيم الطفل للوالدين	٦	العلاقة بين الزوجين	٧
		صحة الوالدين	٥

وكما يشمل المقياس على بعد ضغوط الحياة ويتكون من(١٩) بنداً.

صدق المقياس :

أعتمدت معدة المقياس بحساب صدقة من خلال :

الصدق البنائي أو التكويني :

تم حساب الصدق التكويني من خلال حساب الإتساق الداخلي لمعاملات الإرتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس حيث تراوحت معاملات الإرتباط للأبعاد بين (٢٧. – ٨٩) وهو معاملات ارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١).

الصدق التمييزي :

وفية قارنت مترجمة المقياس بين متوسطات درجات عينتي الدراسة لدى والدي الأطفال العاديين ووالدي الأطفال غير العاديين لدى عينة من (٧٦) والد حيث وجد فروق بين العينتين لصالح والدي الأطفال العاديين مما يدل على قدرة المقياس على التمييز.

الصدق التلازمي :

حيث تم حساب معامل الإرتباط بين مقياس ضغوط الوالدية ومقياس القلق الصريح للكبار إعداد (محمد أحمد غالي، ١٩٦٤) حيث تكونت العينة من (٧٦) والد،وبلغت معامل الإرتباط بين المقياسين ٤٣٧. وهي دالة احصائيا عند (٠,٠١).

ثبات المقياس :

استخدمت معدة المقياس طريقة إعادة التطبيق للتاكد من ثباته بفاصل زمني (١٥) يوم تراوحت معاملات الإرتباط بين التطبيقين للأبعاد بين(٠,٤٦- ٠,٨٤).

كما تأكدت الباحثة من الثبات في الدراسة الحالية عن طريق إعادة التطبيق لدى عينة مكونة من (٣٠) أم والجدول التالي يبين معاملات الثبات التي تم الحصول عليها.

جدول (٧)

أبعاد مقياس ضغوط الوالدية وعدد البنود لكل بعد

المقاييس الخاص بالطفل	ر	المقاييس الخاصة بالوالدين	ر
التوافقية	.٧٢١	الاكتئاب	.٧٥١
التقبلية	.٥٧٦	الرابطة العاطفية بالطفل	.٦٤٥
كثرة المطالب والالحاح	.٨١٢	قيود الدزر الوالدي	.٨١٢
التقلب المزاجي	.٦٧١	الاحساس بالكفاءة	.٧٨٩
التشتت أو الالتهاء / النشاط الزائد	.٧١١	العزلة الاجتماعية	.٧٦٤
تدعيم الطفل للوالدين	.٦٢١	العلاقة بين الزوجين	.٧٧١
		صحة الوالدين	.٦٧٦
الدرجة الكلية للمقاييس الخاصة بالطفل	.٧٧٨	**الدرجة الكلية الخاصة بالوالدين**	.٨٩١
		الدرجة الكلية للمقياس	.٨١١

يتضح من الجدول السابق معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق مرتفعة مما يدل على ثبات المقياس.

طريقة تصحيح المقياس :

يطبق هذا المقياس على الأب أو الأم، حيث يطلب من المفحوص أو المفحوصة الإجابة على اسئلة المقياس، وذلك بتحديد درجة الموافقة أو عدم الموافقة على كل عبارة من عبارات المقياس وذلك بوضع علامة (×)التي تعبر تعبيراً دقيقا عن حقيقة الخبرة أو الموقف أو المشاعر الخاصة بالأب أو الأم فيما يتعلق بالطفل، حيث يوجد أمام كل بند خمسة إختيارات موافق بشدة وتأخذ (١) درجة وموافق تأخذ (٢) درجتان وغير متاكد تأخذ(٣) درجات وغير موافق تأخذ (٤) درجات وغير موافق بشدة تأخذ (٥) درجات.

٤. مقياس التلعثم : (إعداد الباحثة)

١.تحديد الهدف من المقياس :

تم تحديد الهدف من المقياس في قياس التلعثم لدى عينة من أطفال ما قبل المدرسة.

٢.مصادر إعداد المقياس :

تم اشتقاق أبعاد المقياس وعباراته من خلال المصادر التالية :

أ. الإطار النظري في مجال التلعثم.

ب. الرجوع للتعريفات المختلفة للتلعثم من وجهات نظر علماء النفس المختلفة، التي أتيح للباحثة الإطلاع عليها.

ج.الدراسات والبحوث السابقة في التلعثم.

د. الإطلاع على بعض المقاييس التي تناولت التلعثم ومعرفة أبعادها مثل ريلى Riley تعريب وترجمة نهلة الرفاعى (١٩٩٩), علا زكى الطيبانى (٢٠٠٠), سهير محمود أمين (٢٠٠٥), سيد أحمد البهاص (٢٠٠٥), عبد العزيز الشخص (٢٠٠٦), مروة محمد حسن (٢٠٠٧), فيوليت فؤاد وعبد الستار

شعبان (٢٠٠٨), سيد يس التهامى (٢٠٠٨), صافيناز عبد السلام (٢٠١٢), استمارة تحديد نوع وشدة التلعثم (معهد السمع والكلام).

ومن خلال الإستفادة من المصادر السابقة، قامت الباحثة بتحديد الأبعاد الخاصة بمقياس التلعثم، وهى المظاهر الفسيولوجية، والإنفعالية، والإجتماعية، والسلوكية، وكان عدد العبارات (٣٤) عبارة (انظر ملحق "٤ ") يتضمن المقياس في صورته الأولية قبل التحكيم.

الكفاءة السيكومترية لمقياس التلعثم :

صدق المقياس: استخدمت الباحثة في حساب صدق المقياس الطرق الآتية:

أ.صدق المحكمين :

تم عرض المقياس على عشرة محكمين (انظر ملحق "٦") المتخصصين في مجال علم النفس؛ حيث تم استبعاد وتعديل العبارات غير المرتبطة بأبعاد مقياس التلعثم، وذلك تمهيداً لتطبيقه على عينة الدراسة الإستطلاعية من الأطفال، حيث تم استبعاد وحذف العبارات، التي كانت نسبة الاتفاق عليها بين المحكمين منخفضة، حيث تم استبعاد(٢) عبارتان، واعتبرت الباحثة أن نسبة الاتفاق المقبولة للقياس، التي استقر علىاستبقائها هي التي تحقق نسبة اتفاق (٨٠%) (انظر ملحق "٧" يتضمن النسب المئوية لرأي المحكمين)، وعددها (٣٢) عبارة، (انظر ملحق "٨" يتضمن المقياس في صورته النهائية).

ب.حساب الاتساق الداخلي :

للتعرف على الإتساق الداخلي قامت الباحثة بإيجادالعلاقة الإرتباطية بين درجات كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه، ويتضح ذلك في الجدول التالي :

جدول (٨)

قيم معاملات الإرتباط بين عبارات كل بعد من أبعاد مقياس التلعثم والدرجة الكلية لنفس البعد (ن= ٣٠)

م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط
الفسيولوجية		الانفعالية		الاجتماعية		السلوكية	
١	٠,٧٢٣**	٢	٠,٦٢٩**	٣	٠,٦٠٠**	٤	٠,٨١٢**
٥	٠,٧٣٧**	٦	٠,٧٢٥**	٧	٠,٧٥٠**	٨	٠,٥٦٧**
٩	٠,٧٧٩**	١٠	٠,٨٥٢**	١١	٠,٨٩٠**	١٢	٠,٧٨٦**
١٣	٠,٧٦٣**	١٤	٠,٨٢٧**	١٥	٠,٤٩٥**	١٦	٠,٧٧٣**
١٧	٠,٥٧٧**	١٨	٠,٧٣٥**	١٩	٠,٧٩٦**	٢٠	٠,٧٧٥**
٢١	٠,٦٤٦**	٢٢	٠,٦٣٢**	٢٣	٠,٨٥٠**	٢٤	٠,٧٥٠**
٢٥	٠,٧٩٣**	٢٦	٠,٨٤٣**	٢٧	٠,٧٠٨**	٢٨	٠,٧٤٠**
٢٩	٠,٩١٠**	٣٠	٠,٨٦٧**	٣١	٠,٧٠١**	٣٢	٠,٦٠١**

** (٤٦٣.) دالة عند مستوى (٠١.)* (٣٦١.) دالة عند مستوى (٠٥.).

يلاحظ من جدول (٨) أن جميع عبارات المقياس ترتبط بصورة دالة إحصائياً مع درجة كل بعد تنتمي إليه ودالة عند مستوى (٠,٠١).

كما تم حساب معاملات الارتباط بين الابعاد والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول(٩)

معاملات الارتباط بين ابعاد التلعثم ببعضها والدرجة الكلية

التلعثم	الفسيولوجية	الانفعالية	الاجتماعية	السلوكية	الدرجة الكلية
الفسيولوجية	------				
الانفعالية	.٨٠**	--------			
الاجتماعية	.٨٢**	.٨٥**	-------		
السلوكية	.٨٢**	.٨٥**	.٧٤**	------	
الدرجة الكلية	.٨٦**	.٨٨**	.٧٨**	.٧٩**	--------

** (٤٦٣.) دالة عند مستوى (٠١.)* (٣٦١.) دالة عند مستوى (٠٥.)

يتضح من جدول (٩) أن كل معاملات الإرتباط بين أبعاد التلعثم ببعضها البعض دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) كما أن إرتباطها بالدرجة الكلية للمقياس دال أيضاً عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يدل على الإتساق الداخلي للأبعاد والمقياس ككل مما يدل على صلاحية المقياس.

ثبات مقياس التلعثم :

تم تقدير ثبات المقياس باستخدام معامل ألفاكرونباخ والتجزئة النصفية، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة قوامها (٣٠) طفل، ويوضح الجدول التالي معاملات الثبات التي تم الحصول عليها :

جدول (١٠)

معاملات الثبات بطريقة ألفاكرونباخ والتجزئة النصفية

م	الأبعاد	ألفاكرونباخ	التجزئة النصفية
١	الفسيولوجية	.٨٢	.٨٤
٢	الانفعالية	.٨٣	.٨٥
٣	الاجتماعية	.٨١	.٨٣
٤	السلوكية	.٨٢	.٨٤
	الدرجة الكلية	.٨٦	.٨٨

يوضح جدول (١٠) معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وجتمان، حيث يتضح أن جميع معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على ثبات الإختبار.

طريقة تصحيح مقياس التلعثم :

وضع للمقياس تعليمات بسيطة تتضمن أن يتم الإجابة على كل بند من بنود المقياس تبعاً لثلاثة اختيارات هما :

- أوافق : إذا كان مضمون البند ينطبق على المفحوص.

– متردد : إذا كان المفحوص غير متأكد من انطباق البند عليه.

– غير موافق : إذا كان البند لا ينطبق على المفحوص.

وقد وضع لهذه الاستجابات أوزان هى أوافق (٣) درجات، متردد (٢) درجات، غيـر موافـق (١) درجـة، والدرجـة المرتفعـة تشـير إلـى ارتفـاع درجـة التلعـثم والدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض درجة التلعثم.

وتكون المقياس في صورتة النهائية من (٣٢) فقرة موزعة على أربعة أبعاد ويتكون كل بعد من (٨) عبارات وبذلك تكون الدرجة الصغرى لكل بعد (٨) والدرجة الكبرى (٢٤)، والدرجة الصغرى للمقياس ككل (٣٢) والكبرى (٩٦)، والجدول التالي يبين توزيع أرقام العبارات على الأبعاد الفرعية للمقياس :

جدول (١١)

توزيع عبارات كل بعد من أبعاد مقياس التلعثم

الابعاد	ارقام العبارات								المجموع
الفسيولوجية	١	٥	٩	١٣	١٧	٢١	٢٥	٢٩	٨
الانفعالية	٢	٦	١٠	١٤	١٨	٢٢	٢٦	٣٠	٨
الاجتماعية	٣	٧	١١	١٥	١٩	٢٣	٢٧	٣١	٨
السلوكية	٤	٨	١٢	١٦	٢٠	٢٤	٢٨	٣٢	٨
المجموع									٣٢

٥. برنامج التدخل المبكر :

يقوم البرنـامج الحـالي علـى أسـاس الإتجـاه السـلوكي ومنطلقاتـه النظريـة وفنياتـه المتنوعة وكما أن العلاج السلوكي يعتمد على التعزيز والإثابة، وهذا يساعد في تكرار السلوك، وأن القاعدة الأساسية في المنهج السلوكي هي أن السلوك تحكمه نتائجه، بمعنى أن النتيجة التي تعود على الفرد بفائدة تضمن للسلوك أن يصدر عن الفرد مرة أخرى والنتيجة التي لاتعود عليه بفائدة أوتعود عليه ببعض

الألـم تجعلـه لا يميـل إلـى تكـرار هـذا السـلوك (عـلاء الـدين كفـافي، ١٩٩٩: ٢٨٣).

أكـد (سـكنر) أن المبـدأ الرئيسـى الـذي ينطلـق منـه هـذا الإتجـاه وهـو أن السلوك محكوم بنتائجه، ويؤكد أيضا على دور الخبرة السابقة بنتائج السلوك إذ يرى أن النتائج المترتبة على أن السلوك يصدر عن الفرد قد تكون تعزيزيـة أو عقابيـة، وبهذا المنطلـق فـإن تكـرار أوعدم تكـرار الفرد لسلوك مـا يعتمـد علـى خبراته السابقة بنتائج هذا السلوك (عماد الزغول, ٢٠٠٥، ١٠٤).

لقد استخدم الباحثون عدة مصطلحات عربية للإشارة إلى اضطراب الكلام منهـا: التمتمـة، والفأفـأة، والعُقلـة، والحبسـة، واللعثمـة. وكلهـا تعبـر عـن الكـلام المضـطرب الـذي يتضـمن تكـرار الأصـوات، والمقـاطع الصـوتية، والتـردد أثنـاء الكـلام، والتوقف الـلاإرادي، وعدم الكـلام بطلاقـة، وتتضـمن طـلاقـة الكـلام قدرة الفرد على الإسترسال في الحديث بصورة متصلة دون توقف إلا عند الضـرورة، كـأن يتوقف لإلتقاط الأنفاس، أو للراحـة، أو لتجميـع الأفكـار. وتعرف اللجلجـة (التلعـثم) بأنهـا "اضـطراب فـي تـدفق الكـلام بسلاسـة بسـبب أزمـات توصـفية وتكراريـة مرتبط بوظـائف التنفس والنطـق والتشكيل (الصـياغة) (سـهير محمـود أمين، ٢٠٠٥، ٢١٤).

ويهدف برنامج التدخل المبكر الحالي إلى خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى عينـة من أمهات أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين، وبيان أثره فـي المتغيرات التـي تتمثل فـي ضـغوط الوالديـة لـدى أمهـات الأطفال، وشـدة التلعثم لدى أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين. وقد أكدت بحوث ودراسـات سـابقة علـى أن أمهـات أطفـال ماقبـل المدرسـة المتلعثمـين تعـانين مـن انتشـار اضـطرابات نفسـية وضـغوط نفسـية حيـث أنهـن أكثـر تعرضـا للضـيق والقلـق علـى أطفـالهن بسبب شدة التلعثم التي تصيب أبنائهن.

فهذا البرنامج قد يسهم بشكل مباشر في تخفيف شدة التلعثم لدى أطفال ماقبـل المدرسـة المتلعثمـين وذلـك مـن خـلال حضـورهم مـع أمهـاتهم الجلسـات

التدريبية، أو قد يسهم بشكل غير مباشر في تخفيف شدة التلعثم لدى الأطفال وذلك بتدريب الأمهات على كيفية تخفيف شدة التلعثم لدى الأطفال وينتقل أثر البرنامج إلى الأطفال، لذا فالعلاج الفعال لتلعثم ينبغي أن يشمل الوالدين؛ لأنهم مصدر للمعلومات عن الطفل، كما يمكن للمعالج التعرف على اتجاهاتهما نحو الطفل؛ لذا يجب استخدام فنيات العلاج عن طريق الوالدين والمحيطين بالطفل وبواسطة المعالج أيضاً (سهير محمود أمين، ٢٠٠٥، ٥٢).

كما يشير (1982) Conture إلى ضرورة إعطاء الوالدين معلومات إرشادية كافية عن اللغة وكيفية نموها بشكل طبيعي، وكذلك إمدادهم بالمعلومات الوافية عن اضطراب التلعثم؛ حيث إن ذلك يساعد الوالدين على توضيح وفهم طبيعة وحجم مشكلة التلعثم مما يساهم في نجاح عملية العلاج (محمد محمود النحاس، ٢٠٠٦، ١٦).

ويذكر (1973) Van Riper أن الأسلوب الأمثل في علاج الطفل المتلعثم – وخصوصا في المرحلة الأولية–هي أن تدعمه وتتعامل مع والديه ومدرسيه (سهير محمود أمين، ٢٠٠٠، ١٥٤).

وقد وجدت دراسات سابقة أن الأمهات ممن تم تدريبهن بواسطة المعالجين على الإجراءات ساهموا في حدوث تحسن في اضطرابات الكلام لدى أطفالهن، وتخفيف شدة التلعثم أثناء التواصل الشفوي مع الطفل، ومن هذه الدراسات دراسة بدد وآخرون (Budd,et al.,,(1990دراسة ادمز Adams., (1992), دراسةويس (1992) ,.Weiss, دراسة أونسلو Onslow (1994), دراسة روستن وكوك (1995) ,Rustin & Cook, دراسة هبة سليم عبده سليط (١٩٩٥), دراسة كيلى الين(1995) ,Kelly, Ellen., , دراسة أمل حمدى (٢٠٠٨), دراسة همجوشي .,Hamaguchi (2001), دراسة لايهو وكليبى .,Laiho, Auli & Klippi, Anu (2007), دراسة إيرين جانج .,Erin Jang (2008), دراسة نهى محى الدين حسين (٢٠١١), دراسة سناء سعد غشير (٢٠١٣).

- **مصادر إعداد البرنامج :**

اعتمدت الباحثة في إعداد البرنامج العلاجي على عدة مصادر تتضمن:

١- الإطارالنظري للدراسة والذي تناول المفاهيم والنظريات المختلفة الخاصة بمتغيرات الدراسة.

٢- اطلعت الباحثة على العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التى تناولت متغيرات الدراسة كما وجدت فى الفصل الثالث.

٣- الإطلاع على بعض البرامج المستخدمة فى علاج التلعثم مثل بدد وأخرون (Budd,et al .,1990), آدمز (Adams,1992), صفاء غازي (١٩٩٢), أحمد محمد رشاد (١٩٩٣), أونسلو (Onslow, 1994), سهير محمود أمين عبد الله (١٩٩٥), هبه سليم عبده سليط (١٩٩٥), سحر عبد الحميد الكحكى (١٩٩٧), مالار (Mallard, 1998), محمد عطية (١٩٩٩), السيد عبد اللطيف السيد (٢٠٠٠), جونز وآخرون (Jones, et al.,2000), همجوشي(Hamaguchi, 2001), طارق زكي عبد المحسن (٢٠٠٢), أوبريان وآخرون (O'Brian, et al., 2003), عبد العزيز ابراهيم احمد, (٢٠٠٤), محمد محمود النحاس (٢٠٠٥), يارس (Yaruss,2006), هند إسماعيل إمبابى عبد النبى (٢٠٠٧), رنا سحيم (٢٠٠٨), أمل عبد اللطيف حمدي (٢٠٠٨), السيد يس التهامى (٢٠٠٨), مانيز (Manies,2009), إيرانى (2010Irani), إيمان جمعه فهمى (٢٠١٠), نهى محى الدين حسين (٢٠١١), سناء سعد غشير (٢٠١٣), بسمة عاطف إبراهيم سالم (٢٠١٥).

٤- الإطلاع على مجموعة من الكتب والمراجع التى استفادت منها الباحثة فى اختيار وكتابة أنشطة وجلسات البرنامج منها :

- جمال محمد الخطيب (١٩٩٥) تعديل السلوك الإنساني.

- عبدالستار إبراهيم (١٩٩٨) العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادينه، القاهرة.
- جابر عبدالحميد جابر (١٩٩٩) سيكولوجية التعلم ونظريات التعلم.
- جوزيف ريزو، روبرت زايل (١٩٩٩): تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية – التطبيق).
- علاء الدين كفافي (١٩٩٩) الإرشاد والعلاج النفسي الأسري.
- إيهاب الببلاوي (٢٠٠٣) اضطرابات النطق "دليل أخصائيي التخاطب والمعلمين والوالدين".
- محمد على كامل (٢٠٠٣) أخصائى النطق والتخاطب ومواجهة اضطرابات اللغة عند الأطفال.
- ليلى أحمد كرم الدين (٢٠٠٤)اللغة عند طفل ما قبل المدرسة نموها السليم وتنميتها.
- لينا روستين وآخرون (٢٠٠٤): كيف يمكن التغلب على التلعثم لدى الأطفال وطلبة المدارس؟. ترجمة خالد العامرى.
- هدى الناشف (٢٠٠٥) استراتيجيات التعليم والتعلم فى الطفولة المبكرة.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة).
- عمادعبدالرحيم الزغول(٢٠٠٥) مبادئ علم النفس التربوي.
- سهير محمود أمين (٢٠٠٥) اللجلجة التشخيص والعلاج.
- محمد محمود النحاس (٢٠٠٦) سيكولوجية التخاطب لذوى الاحتياجات الخاصة.
- عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٦) اضطرابات النطق والكلام وخلفيتها – تشخيصها – أنواعها – علاجها.
- سهير محمد سلامة (٢٠٠٧) اضطرابات التواصل– التشخيص الأسباب– العلاج.
- معهد السمع والكلام (قسم التخاطب) إرشادات خاص لمرضى التلعثم.

- **أهداف البرنامج:**

أ- الأهداف العامة للبرنامج :

تتحدد الأهداف العامة لبرنامج التدخل المبكر بخفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدي أطفال ما قبل المدرسة، كما يهدف إلى:-

١. تثقيف الوالدين وإكسابهم معلومات تتعلق بالتلعثم؛ وبذلك للمساعدة في الحد من مخاوفهم وقلقهم على كلام طفلهما المتلعثم.
٢. مساعدة الوالدين على فهم التلعثم وكيف يكونون مشاركين فاعلين في علاج طفلهما.
٣. تدريب الوالدين على استخدام استراتيجيات تيسر الطلاقة؛ لأن ذلك يسهل من تنمية طلاقة الكلام لدى الطفل والإتجاهات الإيجابية نحو التواصل وتنمية مهارة التواصل الفعال.
٤. إشراك الوالدين في تقديم العلاج للطفل المتلعثم وإدخال ذلك العلاج لبيئة الطفل اليومية.
٥. مساعدة الطفل المتلعثم على التخلص من المخاوف تجاه مواقف التواصل.
٦. مساعدة الطفل المتلعثم للوصول إلى مستوى من الطلاقة الكلامية الطبيعية من خلال تحقيق الإستمرارية والمعدل والجهد والإيقاع.

- **الأهداف الإجرائية :**

تتخلص الأهداف الإجرائية لبرنامج التدخل المبكر في خفض الضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدي أطفال ما قبل المدرسة، مما يؤدي إلى زيادة الطلاقة اللفظية وخفض معدل السلوكيات الكلامية، والجسمية السلبية المصاحبة لتلعثم، وعلاج تأخر النمو اللغوي مما يؤدي إلى زيادة الحصيلة، والثروة اللغوية، وتحسين مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية ومهارات ما قبل القراءة.

- **الأهداف المهارية :**

١. تدريب الوالدين على استراتيجيات تيسير الطلاقة لدي طفلهما في مواقف التفاعل اليومية.
٢. تدريب الوالدين على كيفية بناء وتنمية معتقدات الطفل المتلعثم عن دافعيته ومثابرته لتحقيق أهدافه.
٣. تدريب الوالدين على كيفية بناء وتنمية معتقدات الطفل المتلعثم عن قدراته على التعامل مع المواقف الصعبة، ومواجهة المشكلات بمرونة، وتنمية ثقته بنفسه واستقلاليته.

- **الأهداف الوجدانية :**

١. توعية الوالدين بأهمية دورهم في تحسين طلاقة الطفل اللفظية.
٢. مساعدة الوالدين على خفض قلقهما تجاه تلعثم طفلهما وزيادة ثقتهما بمهاراتهما.
٣. توعية الوالدين بأهمية بناء وتنمية معتقدات الطفل المتلعثم عن قدرته على التعامل على التعامل مع المواقف الصعبة، ومواجهة المشكلات بمرونة، وتنمية ثقته بنفسه واستقلاليته.

- **أسس بناء البرنامج العلاجي :**

راعت الباحثة الأسس العامة التالية في بنائها للبرنامج وهي :

١- مشكلة التلعثم ليست مشكلة ناتجة عن عيب خلقي أو عضوي أو مرضي.
٢- حق الطفل في العلاج، والأسرة في الإرشاد والتوجيه بخصوص علاج هذا السلوك وتعديله.
٣- استخدام فنيات علاجية مختلفة لكي تؤثر في الأطفال، فتساعدهم على إحداث تعبيرات إيجابية في السلوك.
٤- إن العلاج الجيد للتلعثم ينبغي أن يُبنى على أساس تفرد كل طفل وظروفه الخاصة وإحتياجاته الحالية والمستقبلية ومدى إدراكه لمشكلته،

بمعنـي أن العـلاج ينبغـي أن يشـتمل علـى خطـة عـلاج ذات أهـداف محددة مع ضرورة عمل متابعة ملائمة لمشكلات الفرد وإحتياجاته.

٥- قابلية سلوك الطفل للتعديل والتغير.

٦- خصـائص نمـو كـل مرحلـة مـا قبـل المدرسـة وحاجـاتهم واسـتعداداتهم وميولهم وقدراتهم.

٧- مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال.

٨- تشـجيع الأطفـال علـى المشـاركة فـي الألعـاب والأنشـطة المقدمـة مـن خلال البرامج.

٩- اسـتخدام طريقـة الحـوار والمناقشـة بـين الباحثـة وأمهـات الأطفـال وبـين الأطفال وبعضهم.

١٠- تدعيم السلوكيات الإيجابية تدعيما إيجابيا، وتدعيم السلوكيات السلبية تدعيما سلبيا.

١١- تقديم الأنشـطة بطريقـة متعددة ومتنوعـة؛ وذلـك لأن التعليم يتناسـب طرديا مع تعدد مجالات الأنشطة.

١٢- اعتمـد برنـامج التـدخل المبكـر علـى أسـلوب الإرشـاد الجمعـي، والـذي يقوم على فهم الإنسان بوصفه كائناً اجتماعيا، وأنه من خلال الجلسات يمكن إتاحة الفرصة للتعبير عن المشاعر والحاجات.

- خطوات بناء البرنامج الإرشادي :

١- استفادت الباحثة في بنائها للبرنامج التدخل المبكر من الأطر النظرية والدراسـات السـابقة وبـرامج التـدخل المبكـر الخاصـة بمشـكلات الكـلام واللغـة، وكذلك أراء الوالـدين وأخصـائين التخاطـب؛ وذلـك للوصـول إلـى ما يحتاج الوالدين معرفته لمساعدة طفلهم المتلعثم.

٢- كمـا اسـتفادت الباحثـة فـي بنائهـا لبرنـامج التـدخل المبكـر مـن الأطـر النظريـة والدراسـات السـابقة وبـرامج التـدخل المبكـر التـي تناولـت قلـق

الوالـدين علـى أطفـالهم المتلعثمـين، وبـرامج اضـطرابات الكـلام لـدى الأطفال.

٣- تم تقسيم برنامج التدخل المبكر لأمهات الأطفال المتلعثمين إلى ثلاثة مراحل هي: مرحلة المقابلة والتقييم، مرحلة العلاج، مرحلة المتابعة والتقييم. وتكونت مرحلة العلاج من الجزء الأول الخاص بمعلومات حول التلعثم، وضغوط الوالدية الخاصة بالتلعثم، وعلاج التلعثم.

ولكـي نحـدد متـى يـتم وقـف برنـامج التـدخل المبكـر لأمهـات الأطفـال المتلعثمين، هناك عدة عوامل يجب وضعها في الاعتبار وهي :

أولاً : يجب إعادة تقييم مستوى الإهتمام للأمهات حول إدارة الطلاقة، فمن المهم أن يشعر الوالدين بالثقة بالنفس في قدراتهم على الإستجابة بمرونة لتنمية الطلاقة لدى الطفل.

ثانياً : يجب – وبشكل مثالي- أن يكون الراشدون المهمون في حياة الطفل قادرين على التعامل ومعالجة ضغط الوقت ومتطلبات اللغة لخلق البيئة التي تدعم باستمرار قدرات الطفل.

- الفنيات المستخدمة في البرنامج :

قامت الباحثة باستخدام مجموعة من الفنيات سعيا إلى تحقيق أهداف البرنامج هي:

١. فنيات العلاج المستخدمة في برنامج التدريب الكلامي:

قامت الدراسة الحالية بتناول العديد من الفنيات والأساليب التدريبية والتـي تهدف إلـي تعديل الجانـب اللغوي للطفل وذلـك لعـلاج اضـطراب التلعثم لـدى الأطفال المتلعثمين، ومن هذه الفنيات تتمثل فيما يلي:-

- **الاسترخاء الكلامي:**

يوضـح هوفمـان (Huffman, 1994, 446) أن الإسترخاء لا يقتصر على العضلات فقط بل يمتد للعقل أيضـا، فتعلم الفرق بين التوتر والاسترخاء،

يتم عن طريق سلسلة من حركات التوتر والاسترخاء، ولا يتحقق الاسترخاء التام إلا حين يستطيع الفرد إرخاء عضلاته حتى تحت ظروف يمكن أن تحدث توترًا.

وتحتوي على تمرينات في صورة أسئلة بسيطة تؤدى بنفس الأسلوب ولكن بسرعة أكثر ثم تقوم بإجراء تمرينات تشجع خلالها على الإشتراك في أنواع من المحادثات التي تنسيك مشكلتك وكل ما يتصل بها من مسببات إذ يتم وضع تمرينات تستطيع بقدرتك تنفيذها وهي تكون على أشكال مختلفة مثل برامج الألغاز والمناقشات الجماعية من قبيل اللعب والتسلية حتى يتاح لك الانطلاق في أحاديث حرة تنسى فيها المشكلة والصعوبة التي تعاني منها.

- **الكلام الإيقاعي:**

وفي هذه الطريقة يقوم بإستخدام الحركات وذلك ليستطيع صرف انتباه الطفل عن المشكلة، ومن الحركات الإيقاعية التي يمكنك الإعتماد عليها هي النقر بالأقدام على الأرض وفيها تقوم بالتحدث ثم تعادل عملية النقر مع مخرج الصوت وكذلك توجد القراءة الجماعية وتقوم فيها بالمشاركات الثقافية مع جماعة من الأصدقاء وأيضا اشتراكك في قراءة القرآن الكريم داخل المساجد.

- **تقليد الأصوات :**

تعني أن يقتدي الطفل بشخص واقعي، ويقلد سلوكه، كما يحدث عندما يقلد الطفل أباه، أو يقلد الطفل معلمه، وكما كانت العلاقة طيبة بين المتعلم والنموذج كانت عملية الاقتداء متيسرة (علاء الدين كفافي، ١٩٩٩، ٢٨٧).

وهى تعتمد على الملاحظة والتقليد، وتأثيرها يتحدد بخصائص النموذج مثل الوالدين أو المدرب، وخصائص الملاحظين له، لذلك فخصائص المجموعة التجريبية والنماذج المعروضة يحددان مدى تأثير النموذج في تعديل النطق لدى المتلعثمين في البرنامج.

- **التعميم :**

وتهدف هذه الفنية إلي تعميم نطق الصوت الصحيح من صوت منفرد إلى مقاطع وكلمات سواء في بداية الكلمة أو وسطها أو نهايتها، وكذلك تعميم الصوت الصحيح في جمل وفقرات، وفى المواقف التلقائية في الحياة الواقعية.

والتعميم هو شكل من أشكال الفهم يمكن تطبيقه على مواقف أخرى غير الموقف الذي حدث فيه التدريب على أن يكون من نفس الفئة، ومجرد معرفة المبدأ لا يضمن انتقال أثر التدريب إلى المواقف الجديدة، لذلك ينبغي أن يتمكن المتدرب من إمكانية التطبيق على المواقف الجديدة (جابر عبدالحميد، ١٩٩٩، ١٧٤-١٧٥).

وللتأكد من نجاح عملية علاج إضطراب التلعثم لدى الطفل يتعين عليه ممارسة الأصوات التي تدرب عليها في كلمات جديدة ومواقف مختلفة وفي وجود أفراد مختلفين.أي يتم تعميم استخدام تلك الأصوات بصورة تلقائية وغالباً لا يحدث التعميم تلقائياً بل لابد من اتخاذ إجراءات معينة لذلك (عبدالعزيز الشخص، ٢٠٠٧، ٢٣٧).

- **النطق المضغي :**

حيث يتصور المصاب أنه يمضغ قطعة من اللحم أو اللبان وأن يكون لمضغه صوت وهذا ما يحول انتباهه عن لجلجته (تلعثمه) ويخفف من حدة مخاوفه.وهدفها نزع ما في ذهن المتلعثم من إن الكلام صعب عليه بجعله يضع شيئا في فمه ثم يسأل عن بعض الأمور خلال المضغ وبالتالي سيركز على ما في فمه من مادة ممضوغة من دون الإهتمام بالكلام.

- **الواجب المنزلي :**

يتم تكليف الأطفال بأداء بعض الأنشطة العقلية، والإنفعالية، والسلوكية، ومراجعتها في الجلسة التالية، بهدف التعرف على مدى إنجازها بالشكل المناسب لتعديل إضطراب التلعثم، حيث إن الواجبات المنزلية إحدى الفنيات التي يستطيع الفرد من خلالها تعميم التغيرات الإيجابية التي يستفيدها من

برنـامج التـدخل المبكـر، كمـا تسـاعد فـي نقـل المواقـف المتخيلـة إلـى مواقـف طبيعية، وتتضمن هذه الفنية مجموعة من المهارات أهمها : الإصـغاء للآخـرين، والتسجيل الكامل لكافة عناصر المواقف التي يمر بها الفرد، وتحليل استجابات الفرد واستجابات الآخرين في المواقف المختلفة، وتفسير ظهور استجابات معينة على نحو ما، وتقييم المواقف بشكل بسيط.

وتتفـق الباحثـة مـع عبدالسـتار إبـراهيم (١٩٩٨) علـى ضـرورة إرتبـاط الواجبات المنزلية بموضوعات الجلسات وأهدافها، كما ينبغي مشاركة الأفراد في تحديد ما سوف يقومون به من أنشطة وأعمال خارج الجلسات، بهدف التأكيد على المفاهيم والمعلومات والمهارات التي تم إكتسابها أثناء الجلسة، أو التمهيد للجلسة التالية، أو التحقق من الممارسة الإيجابية لمراحل البرنامج (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٢١٢).

- **المحاضرة والمناقشة :**

تستخدم لشرح بعض المعلومات والمفاهيم العلمية للأطفال بأسلوب مبسط عـن إضـطراب التلعـثم وأسـبابها وأنواعهـا، وكـذلك شـرح مبسـط لفنيـات برنـامج التدخل المبكر، كما تستخدم المناقشة في معظم الجلسات حيث تعد المشاركة الفعالـة بين الباحثـة وأمهات الأطفال ضـرورية لإنجـاح برنـامج التدخل المبكـر، كمـا أنهـا تسـاعد علـى الكشـف عن أسـباب اضـطرابات التلعـثم لـدى الأطفـال، وكيفية علاجها وأساليب التعامل مع الأطفال المتلعثمين، بعيدا عن التعصب.

وتهدف هذه الفنية إلى مساعدة الفرد على مواجهة مشكلته باستخدام طرق تعليمية يتعامل من خلالها مع تلك المشكلة من مختلف جوانبها.

- **التمييز :**

يتضـمن التمييـز ضـبط السـلوك مـن خـلال مثيـرات محـددة دون غيرهـا والتمييز يمكن تعلمه بسهوله نسبياً وذلك من خـلال أسلوب التدريب التميـزي والذي يتم فيه تعزيز الاستجابة بوجود مثير معين وعدم تعززها في حالة حدوثها بوجود مثيرات أخرى (جمال الخطيب، ١٩٩٥، ٢٨).

كما يبدأ التدريب على التمييز بتقدير المعالج لمهارات التمييز لدى الفرد حيث يفحص المعالج عيوباً يتميز قدره الفرد على تمييز سياقات لغوية معينة التي تحدث فيها الأخطاء، فمثلاً لو أن أبدل الفرد صوت /ج / بدلاً من صوت /د / يختبر المعالج التمييز بين هذين الصوتين في مقاطع وكلمات ذات معنى، فلو ميز بدقة بين الصوتين أو كان الصوت المستهدف قابلاً للاستثارة فيمكن إلغاء التدريب على التمييز السمع.وفي هذه المرحلة من العلاج يدرب الفرد على التمييز بين الأصوات المعيبة والأصوات المستهدفة (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠٦، ٢٦٠).

- **التعزيز :**

يقصد به هو إثابة السلوك المطلوب، ويتم ذلك بإثابة العميل على السلوك السوي المطلوب، مما يدعمه ويثبته، ويؤدى إلى النزعة إلى تكرار نفس السلوك (المطلوب)إذا تكرر الموقف وتضم أشكال الثواب أي شيء مادي، أو معنوي يؤدى إلى رضا العميل عندما يقوم بالسلوك المطلوب. وقد قامت الباحثة باستخدام فنية (التعزيز الموجب) في تحسين سوء التواصل لدى الطفل المتلعثم وهذه الفنية من فنيات الترغيب، وقد استخدمتها الباحثة لما لها من مميزات في تثبيت السلوك السوي وتدعيمه وتزيد التقارب والتفاهم بين الباحثة وأفراد العينة خاصة وأن كل سلوك إيجابي يتبعه إثابة فورية مما يؤدى إلى اجتهاد الطفل المتلعثم في تحسين تواصله باستمرار أثناء الأنشطة المختلفة للبرنامج.

يرجع التعزيز إلى توابع السلوك التي تزيد من معدل حدوثه في المستقبل، ويصنف التعزيز الذي يستخدم لزيادة السلوك إلى إيجابي وسلبي، وسوف تقتصر الباحثة على استخدام التعزيز الإيجابي في البرنامج العلاجي. ويتضمن ذلك النوع من التعزيز تقديم مثير عقب استجابة معينة من شأنه التأثير على استمرار تلك الاستجابة وزيادة احتمالات حدوثها. ومن بين أشكال التعزيز الإيجابي المكافآت المادية مثل : الأشياء الصالحة للأكل والشرب والألعاب والأفلام والألوان والصور، والرمزية مثل: النقاط والنجوم، والنشاطات مثل :

امتيازات خاصة، والوقت الحر، والتعزيز الاجتماعي مثل الانتباه والثناء والابتسام، ولا يعتبر الحدث أو الشيء معززا ما لم يسهم في زيادة معدل حدوث السلوك موضع الاهتمام وهناك بالطبع بعض التوابع التي تعتبر توابع معززات لبعض الأطفال، في حين تعتبر توابع أخرى معززات لأطفال آخرين.

وسوف تستخدم الباحثة طريقة تجميع النقاط في نظام الاقتصاد الرمزي (جوزيف ريزو، روبرت زايل، ١٩٩٩، ٤٢- ٤٣).

- **التحصين التدريجي /خفض القلق تدريجيا :Desensitization**

حيث يتم تعليم الفرد عدم الربط بين التلعثم ومشاعر التوتر والقلق بصورة تدريجية، وهنا يتم تقديم المثير المسبب لقلق الفرد تدريجيا في سياق متتابع، بصورة تساعده على الاستجابة بدون توتر أو خوف أو انفعال، وبالتالي يتم استبدال السلوك اللغوي المتصف بالتوتر والانفعال أو التلعثم بسلوك آخر طليق يخرج بسهولة ويسر (عبدالعزيز الشخص، ٢٠٠٧، ٣٠٧).

- التدريبات المستخدمة في البرنامج :

اعتمدت الباحثة على مجموعة من التدريبات من أجل تحقيق أهداف البرنامج وهي :

- **تدريبات التنفس :**

تساعد تدريبات التنفس الطفل على التنفس البطني بدلاً من التنفس الصدري من تدريبه على أخذ نفس كبير وعميق، والذي يساعد على توسيع الرئتين، ثم إخراج هواء الزفير ببطء، مع المحافظة قدر الإمكان على بقاء الصدر لأعلى، وبصورة عامة تهدف تدريبات التنفس إلى مساعدة الطفل على اكتساب القدرة على السيطرة الإرادية على عمليات الشهيق والزفير. وتُستخدم تدريبات التنفس لتعديل سلوكيات التنفس غير الصحيحة، وبالتالي تساعد الطفل على ممارسة الكلام بصورة صحيحة.

- **تدريبات اللسان والشفتين والفك :**

يتضمن علاج التلعثم ممارسة تدريبات اللسان، والشفتين، والفك قبل التدريب على الأصوات نفسها، مما يساعد في إخراج الأصوات بطريقة صحيحة وبدون صعوبة فيما بعد ومن ثم النطق الصحيح للأصوات، والكلمات، ويؤدي الاستمرار في هذه التدريبات إلى علاج التلعثم بصورة عامة.

- **التدريب على الأصوات (التدريب الكلامي) :**

ويتم فيه التركيز على تدريب الفرد على نطق الأصوات، والكلمات، والعبارات، والجمل بطريقة صحيحة، ومحاولة تغيير السلوك النطقي غير الصحيح الذي تعود عليه الطفل. ويعتبر تكرار الأصوات التي يواجه فيها الطفل صعوبة عنصر مكمل للعلاج. ويجب أن تتاح الفرصة للطفل أن يرى الطرق الصحيحة لإنتاج الأصوات، وأن يرى مكان اللسان (وضع اللسان)، وشكل الشفتين أثناء نطق الأصوات المختلفة، كما يجب أن تتاح الفرصة له للاستمتاع جيداً إلى الأصوات (مهارات الاستمتاع)، حتى يستطيع التمييز الصوتي لهذه الأصوات، ولذلك فلابد أن يقوم المعالج أولا بنطق الأصوات بطريقة صحيحة أمام الطفل قبل قيام الطفل بنطقها.

والتدريبات الكلامية هي طريقة تطبيقية في علاج أمراض الكلام، وتهتم بشكل أساسي بتحسين وظائف النطق والكلام والإستعانة بإرشادات المعالج وتقليده (عبدالعزيز إبراهيم احمد، ٢٠٠٤، ١٢٢).

وحتى يمكن الوصول بالطفل إلى مستوى متقدم من التحسن في كلامه المتلعثم، ويستطيع أن يتحكم في مستوى الطلاقة اللفظية والتنسيق ما بين الاستمرارية والمعدل والجهد والإيقاع، يقوم الطفل بتمرينات كلامية يشجع فيها على الإشتراك في أشكال مختلفة من المناقشات والأغاني وتلاوة أجزاء من القرآن الكريم، ورواية القصص والأناشيد القصيرة المسجوعة والإيقاعية، هذا بالإضافة إلى استخدام طريقة إطالة الأصوات والكلام الإيقاعي وكذلك تقليد الأصوات الذاتية وأسلوب التظليل.

- **التدريب الاسترخائي التقدمي :**

والتدريب على الاسترخاء مكون أساسي يدعم ويساعد في علاج المشكلات النفسية، والإجتماعية، كما يستخدم أيضا في برامج التوتر والخوف، والفزع، ويساعد أيضاً في تسهيل وتحقيق التواصل الفعال بين المعالج والعميل أثناء الجلسات العلاجية.

وبوجه عام يمكن القول أن التدريب على الاسترخاء يجعل كل عضلات الطفل في حالة من الهدوء، والراحة، ويجب أن يشمل كل أجزاء الجسم بداية من القدمين وانتهاء بعضلات الوجه. والتدريب على الاسترخاء يخفض اضطرابات الكلام واللغة (وبصورة خاصة التلعثم)عندما يكون التركيز على التدريب على استرخاء عضلات إنتاج الكلام (التنفس، الشفاه، الفك...ألخ).

ويركز التدريب الاسترخائي التقدمي على إرخاء العضلات، ويستخدم تحت إشراف المعالج وفيه يتم تدريب الطفل على القيام بأن يشد وأن يوتر كل جزء من أجزاء الجسم ثم إرخائه، وذلك في صورة متعاقبة، حتى يصل بالجسم إلى مرحلة الاسترخاء الكامل.

- **استراتيجيات تسهيل الطلاقة :**

ويطلق على هذه الإستراتيجيات أيضا فنية التحدث البطيء، وفنيه الكلام المطول، وتقوم استراتيجيات تسهيل الطلاقة بصفة عامة على أساس أن التلعثم لدى الأطفال تنخفض حدته وتقل بصورة كبيرة، ويكتسب الأطفال القدرة على طلاقة الكلام، إذا قمنا بتدريبهم على الكلام البطيء، وإتاحة الوقت الكافي لهم للتوقف بين الكلمات، والجمل، مع عدم الطلب منهم أن يتكلموا بسرعة.

ويقوم المعالج بتدريب الوالدين على التحدث والكلام البطيء بإستخدام نماذج الكلام مع التوقف بين كل مقطع لمدة لحظة أو أكثر، ويكون المعالج بمثابة نموذج يتم التعلم من خلاله، أي أنه يؤدي أسلوب لكلام ببطء أمام الطفل، والوالدين...ألخ, ثم يطلب منه تقليده في ذلك.

- **الأنشطة المستخدمة في البرنامج :**

تُعد الأنشطة من الوسائل الأساسية والجوهرية التي تساعد على تهيئة الفرص الملائمة لتحقيق التواصل السوي بين الأطفال، وخاصة في المراحل المبكرة من العمر؛ مما يساعد على النمو اللغوي، ويشيد الكثيرون بالأنشطة بإعتبارها أسلوب وطريقة مهمة تساعد الأطفال على اكتساب مهارات الكلام واللغة، واكتساب المهارات الاجتماعية، والتي تؤدي بدورها إلى تحقيق التفاعل الاجتماعي بينهم وبين الآخرين سواء من الصغارأو الكبار.

وتستخدم التدريبات المتنوعة، والتي تكون في شكل أنشطة في علاج اضطرابات الكلام واللغة مثل الأغاني، والأناشيد ...الخ، كما أن استخدام الأنشطة التي تتضمن النفخ، والمضغ مثل نفخ قطع الورق، والشموع، والبالونات، وقطع القطن، والماصة ...الخ تساعد بشكل عام في التنفس الصحيح، وفي كل حركة اللسان، والشفاه، والفك, مما يساعد على النطق والكلام بطريقة صحيحة.

وفي ضوء كل ما سبق اعتمدت الباحثة في البرنامج الحالي على مجموعة من الأنشطة المتنوعة مثل أنشطة التفكير واللغة (المقارنات، الأسئلة، التجميع...الخ) والأنشطة القصصية، والأنشطة الدرامية ... إلخ التي تساعد في علاج اضطرابات الكلام واللغة لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة.

- **مراحل تطبيق البرنامج :**

(١) مرحلة بداية البرنامج

وفيها يتم بناء علاقة ود ومحبة بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية وكذلك مابين أعضاء المجموعة التجريبية مع بعضهم البعض.

(٢) مرحلة تطبيق البرنامج

ويتم تدريب أفراد المجموعة التجريبية على بعض الفنيات الإرشادية التى تساعدهم فى خفض ضغوط الوالدية والتلعثم لدى أبنائهم.

(٣) مرحلة تقييم البرنامج

وفيها يتم الوقوف على الإنجازات التى حققها البرنامج ومدى فاعليتها فى خفض ضغوط الوالدية والتلعثم, وذلك من خلال القياس البعدى ومقارنة النتائج بالتطبيق القبلى, وأيضا مقارنة النتائج التى حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية التى طبق عليهم البرنامج بدرجات المجموعة الضابطة التى لم يطبق عليها البرنامج.

(٤) مرحلة المتابعة

يتم فى هذه المرحلة التأكد من استمرارية فاعلية البرنامج فى خفض ضغوط الوالدية والتلعثم لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد أنتهاء البرنامج, وذلك من خلال تطبيق القياس التتبعى (بعد فترة زمنية شهرين) ومقارنته بالتطبيق البعدى.

- **مكونات البرنامج :**

يتكون البرنامج من (٣٦) جلسة لمعرفة تأثير التدخل المبكر لخفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة, بواقع (٣) جلسات كل أسبوع لمدة ثلاثة شهور , وتراوحت مدة الجلسة (٤٠– ٤٥) دقيقة, وقد تزيد حسب هدف كل جلسة علاجية, ابتداءا من ٢٠١٦/١/١ حتى ٢٠١٦/٣/٣٠ , شهرين تتبعى.

واتبعت الباحثة أسلوب الإرشاد الجماعى وأسلوب الإرشاد الفردى مع المجموعة التجريبية, والجدول التالى يوضح توزيع جلسات برنامج التدخل المبكر , والهدف من كل جلسة, والفنيات المستخدمة فيها.

جدول رقم (١٢)

جلسات البرنامج من حيث موضوع الجلسات، والهدف من كل جلسة، والفنيات المستخدمة فيها

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
١.	**التعارف**	-تحقيق قدر مناسب من التعارف بين الباحثة وأمهات أطفال ما قبل المدرسة المتلعثمين. -تحقيق الألفة بين الباحثة وأمهات أطفال ما قبل المدرسة المتلعثمين وبين أمهات أطفال ما قبل المدرسة المتلعثمين بعضهم البعض. -تقديم بعض الاعتبارات الأدبية والأخلاقية للبرنامج. -الإتفاق على تحديد مواعيد الجلسات القادمة	المحاضرة والمناقشة, والواجب المنزلي.
٢.	**التمهيد للبرنامج**	-أن تتعرف الأمهات على نظام الجلسات. -أن تتعرف الأمهات على الهدف من البرنامج. -تنشط الباحثة دافعية الأمهات نحو البرنامج. -أن تتمكن كل أم من الحصول على فكرة واضحة عن البرنامج بشكل عام. -أن تقيم الباحثة علاقة بينها وبين الأمهات. -تعريف الأمهات، بالبرنامج، والفنيات،	المناقشة الحوار.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
		والتدريبات، والأنشطة فيه.	
٣.	**أسس التدخل المبكر لتحسين التلعثم**	-تعريف أمهات أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين بالأسس التي يقوم عليها البرنامج وأهدافه. -تخفيف ضغوط الوالدية من خلال جلسات البرنامج.	المحاضرة والمناقشة, الواجبات المنزلية.
٤.	**تطور النمو اللغوي والعقلي لدي الأطفال**	-أن تتعرف الأمهات على طبيعة النمو اللغوي والعقلي لدي الأطفال في مرحلة رياض الأطفال. -أن تتذكر الأمهات طبيعة النمو اللغوي والعقلي.	الحوار والمناقشة، الواجب المنزلي.
٥.	**التلعثم (مفهومه –أسبابه)**	-أن تعرف الأمهات ما هو التلعثم. -أن تدرك الأمهات أسباب التلعثم . -أن تساعد الأمهات أطفالهن حتى يتخلصوا من التلعثم.	الحوار والمناقشة، تقليد الأصوات، والتعزيز.
٦.	**توجيهه وإرشاد الوالدين للتعامل مع الأطفال المتلعثمين**	-تعرف الباحثة على نوع الاضطرابات المنتشرة لدى أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين. -تحديد الباحثة لعيوب الكلام التي تقوم بعلاجها وتعديلها، مع توجيه الوالدين لتعديل بعض السلوكيات الخاطئة لدى أطفالهن. -مساعدة الوالدين لأطفالهم على التخلص من بعض الحركات الجسمية (انفعالات الوجه، حركات الرأس، حركات الأطراف) أثناء كلامهم.	المحاضرة والمناقشة, الواجب المنزلي.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
٧.	**توجيهه وإرشاد الوالدين للتعامل مع الأطفال المتلعثمين**	-إرشاد وتوجيه الأمهات لبعض الأمور التي تجب مراعاتها أثناء التعامل مع الأطفال.	المحاضرة والمناقشة وتقليد الأصوات والواجب المنزلي.
٨.	**كيفية تعامل الأمهات مع الطفل المتلعثم**	-أن تكسب الباحثة الأمهات كيفية التعامل مع الطفل المتلعثم. -أن تساعد الباحثة الأمهات على التدخل المبكر لمواجهة التلعثم.	المناقشة والحوار، والتعزيز.
٩.	**تقبل تلعثم أبنائهن**	-التعرف على مفهوم تقبل التلعثم. -التعرف على أهمية تقبل التلعثم. -التعرف على خصائص متقبلي التلعثم.	المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي.
١٠.	**التواصل ومراحل النمو اللغوي**	-إكساب الأمهات بعض المعلومات المتعلقة بالتواصل والمفاهيم المتعلقة به، ومراحل عملية الكلام، ومراحل النمو اللغوي.	المحاضرة والمناقشة, وتقليد الأصوات, والواجب المنزلي.
١١.	**شرح آلية الكلام وأعضاء النطق والكلام**	-التعرف على الأعضاء المسئولة عن النطق والكلام. -التعرف على كيفية حدوث الكلام. -تقييم الأعضاء المسئولة عن الكلام وهل بها عيوب أم لا.	المحاضرة والمناقشة، والإسترخاء الكلامي, والتدعيم.
١٢.	**تدريب الطفل على المشاركة الاجتماعية**	-تعلم الأطفال المشاركة الاجتماعية. -تعويد الطفل علي المشاركة الإجتماعية التي تنمي الإستقلال الذاتي والسلوك الإجتماعي.	المحاضرة, والتعزيز, والواجب المنزلي، وتقليد الأصوات.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
١٣.	**النظافة**	-يذكر الأطفال كلمات الأغنية مع الأداء الحركي للإيقاعات. -يشعر بقيمة النظافة في حياة الإنسان ويهتم بمظهره.	المحاضرة, والكلام الإيقاعي, وتقليد الأصوات, والتعزيز, والواجب المنزلي.
١٤.	**الجهاز الكلامي**	-تتعرف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بمكونات الجهاز الكلامي في صورة مبسطة.	المحاضرة, والمناقشة, الواجب المنزلي,والتدعيم.
١٥.	**تدريبات الجهاز الكلامي**	-تقوية عضلات الجهاز الكلامي بجميع مكوناته.	المحاضرة والمناقشة, وتقليد الأصوات, التعزيز
١٦.	**تدريبات الجهاز التنفسي الرئتين والقصبة الهوائية) وتدريبات الجهاز الصوتي (الحنجرة والأحبال الصوتية)**	-تمكن أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين من التحكم في عملية التحكم في عملية الشهيق والزفير. -تقوية عملية التنفس لأهميتها في عملية الكلام, وتدريبات الأحبال الصوتية.	المحاضرة والمناقشة, الإسترخاء الكلامي, التدعيم
١٧.	**مخارج الحروف**	-تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بمخارج الحروف. -تقوية عملية التنفس لأهميتها في عملية الكلام, تدريب الأحبال الصوتية.	المحاضرة والمناقشة, والتدعيم.
١٨.	**التدريب على مخارج الحروف**	-تعريف الأطفال بمخارج الحروف. -التدريب على نطق الحرف من مخرجه الصحيح.	الكلام الإيقاعي, والمحاضرة, والمناقشة.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
١٩.	**بعض أساليب علاج التلعثم.**	-تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بعض أساليب العلاج الكلامي ومنها الكلام الإيقاعي– الكلام المضغي كما تراه النظرية الفونولوجية.	الكلام بالمضغ, والتقليد, والكلام الإيقاعي والتدعيم.
٢٠.	**تابع أساليب علاج التلعثم**	-استخدام أساليب العلاج السلوكي. -تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بأسلوب الممارسة السلبية. -تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بأسلوب الترديد.	المحاضرة والمناقشة, والإسترخاء الكلامي, وتقليد الأصوات, والتدعيم.
٢١.	**القراءة المتزامنة**	-معرفة الطفل كيف يقرأ بصورة متكررة وخالية من الأخطاء.	المحاضرة والمناقشة, والكلام الإيقاعي, والتقليد, والتدعيم.
٢٢.	**التعبير اللفظي الحر**	-أن يعرف الطفل كيف يعبر بحرية دون أخطاء في عملية الكلام.	المحاضرة والمناقشة, والكلام الإيقاعي, والتدعيم.
٢٣.	**جلسة ترفيهيه**	-تعديل بعض عيوب التلعثم من خلال التفاعل الإجتماعي. -تقليل الصراع الذي يتكون لدي المتلعثمين بين رغبة في الكلام وتجنبه.	التدعيم,والمناقشة,واللعب, والترويح.
٢٤.	**تدريبات لجهاز الكلام**	- إكتساب الأمهات القدرة على أداءوممارسة تدريبات الاسترخاء للأطفال، وتدريبات التنفس، تدريبات اللسان ، والشفتين، والفك ، والخدين، وتدريبات الكلام البطئ المطول.	المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والكلام الإيقاعي والتدعيم.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
٢٥.	**تدريبات لمخارج بعض الحروف**	-تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين علي مخارج الحروف. -تدريب الطفل علي نطق الحروف من مخارجها الصحيحة مع التدريب علي نطق بعض الحروف والكلمات.	تقليد الأصوات، والكلام الإيقاعي, والتدعيم، الإسترخاء الكلامي.
٢٦.	**تابع تدريبات لمخارج بعض الحروف**	-تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين علي بقية مخارج الحروف. -تدريب الطفل علي نطق الحروف نطقاً صحيحاً مع التدريب علي نطق بعض الحروف والكلمات.	المحاضرة والمناقشة، وتقليد الأصوات، والكلام الإيقاعي والتدعيم.
٢٧.	**التدريب علي نطق بعض الكلمات الثنائية**	-تدريب الطفل على مخارج الحروف من جديد. -تدريب الطفل علي المخارج الصحيحة.	المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والإسترخاء الكلامي, والتدعيم.
٢٨.	**التدريب علي نطق بعض الجمل**	-معرفة أمهات الأطفال كيف يقرأ الطفل بعض الجمل القصيرة. -معرفة أمهات الأطفال كيف يقرأ الطفل بعض الجمل المتوسطة. -معرفة أمهات الأطفال كيف يقرأ الطفل بعض الجمل الطويلة.	المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والتدعيم والتمييز والتعميم.
٢٩.	**الاسترخاء وضبط التنفس مع الكلام**	-أن يتدرب أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين على الاسترخاء. -أن يتدرب الأطفال على ضبط تنفس الكلام.	المحاضرة والمناقشة، والإسترخاء الكلامي والتدعيم.
٣٠.	**تنظيم التنفس والتحكم فيه**	-التعرف على ضبط التنفس والتحكم فيه.	المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات،

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
		-التعرف على تدريبات الاسترخاء وتنفيذها. -تفسير العلاقة بين التفكير المشوه وعملية إنتاج الكلام. -دحض فكرة عدم القدرة على التنفس.	والتحصين التدريجي والتدعيم.
٣١.	**التفريغ الانفعالي**	-أن تعبر أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين عن مشاعرهن بحرية. -أن تكون أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين اتجاه إيجابي نحو الآخرين. -أن تتمكن أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين من التفريغ الانفعالي.	المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والكلام الإيقاعي والتدعيم.
٣٢.	**الإشارات الجسمية للمشاعر والانفعالات المختلفة**	-أن يتعرف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين على المشاعر المختلفة. -أن يتمكن الأطفال من الربط بين المشاعر التي يشعرون بها في المواقف المختلفة وبين الإشارات الجسمية التي تبدو عليهم خلالها.	المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والتدعيم.
٣٣.	**تصحيح المعلومات الخاطئة في ذهن الطفل المتلعثم**	-أن تشارك أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين في جلسات البرنامج بطريقة فعالة مؤمنين بأهمية البرنامج في مساعدتهم على التخلص من التلعثم. -أن تعطي الباحثة للأطفال فكرة مبسطة عن التلعثم لإزالة الغموض وتصحيح المعلومات الخاطئة.	المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والتدعيم.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
٣٤.	**المشاعر والانفعالات في مواقف الحياة**	-أن تتعرف الأمهات على المشاعر والإنفعالات. -أن تتمكن الأمهات من وصف الإنفعالات الخاصة بأطفالهن.	تقليد الأصوات، والتدعيم والنشاط المنزلي.
٣٥.	**المشكلات والمواقف التي يعاني منها الطفل المتلعثم**	-أن تعبر أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بحرية كاملة عن مشاكلهم. -أن يعبر الطفل المتلعثم عن غضبه أو نقده لأي شخص يتعامل معه بأسلوب يرفضه الطفل. -أن يتحرر الطفل من التوتر والخوف، حيث يشعر انه لا يوجد عقاب، ويستطيع أن يتحدث كما يشاء. -أن يتقبل الطفل ذاته مع وجود قصوره اللفظي، من خلال شعوره بأن هناك من يستمع لمضمون قوله: (ماذا يقول؟) دون اهتمام بشكل قوله: (كيف يقول؟).	المحاضرة والمناقشة، والتدعيم ، التحصين التدريجي
٣٦.	**جلسة ختامية**	-تقييم البرنامج ككل من خلال قياس شدة التلعثم للأطفال وقياسضغوط الوالدية للأمهات. -الوقوف على ما تم تعديله من عيوب.	المحاضرة والمناقشة, التدعيم.

٣. الإجراءات الميدانية للدراسة :

تم إجراء الدراسة وفق الخطوات التالية :

- تحديد مشكلة الدراسة من خلال الدراسات السابقة والإطار النظري.
- إعداد مقياس التلعثم.
- إعداد برنامج التدخل المبكر المستخدم في الدراسة.
- تطبيق مقياس ضغوط الوالدية والتلعثم وحساب الصدق والثبات على عينة الدراسة الاستطلاعية.
- اختيار عينة الدراسة (التجريبية والضابطة).
- إجراء التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة من حيث (العمر – المستوى الاقتصادي، الذكاء –ضغوط الوالدية – التلعثم).
- إجراء القياس القبلي للمجموعة التجريبية والضابطة.
- تطبيق برنامج التدخل المبكر على المجموعة التجريبية .
- إجراء القياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة في مقياس ضغوط الوالدية والتلعثم .
- إجراء القياس التتبعي للمجموعة التجريبية (بعد شهرين من التطبيق البعدي).
- استخلاص النتائج باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.
- تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

٤. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

اعتمدت الباحثة على الأساليب الإحصائية التالية :

أ. معامل إرتباط بيرسون لحساب الإتساق الداخلي.

ب.اختبارمان وتني للعينات المستقلة لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والضابطة.

ج. اختبار ويلكوكسون للعينات المرتبطة لحساب دلالة الفروق بين المجموعة التجريبية قبل وبعد وتطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة.

الفصل الخامس
نتائج الدراسة ومناقشتها

أولآ : عرض نتائج الدراسة.

ثانيآ : مناقشة النتائج.

ثالثآ : توصيات الدراسة.

رابعآ : البحوث المقترحة.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

يتضمن هذا الفصل عرضا لنتائج الدراسة ومناقشتها، وذلك في ضوء الأهداف الرئيسة لهذه الدراسة وما انبثق عنها من تساؤلات وفروض تسعي الدراسة إلى التحقق منها من خلال الإجراءات التجريبية للدراسة، وذلك من أجل التعرف على فاعلية برنامج للتدخل المبكر في خفض ضغوط الوالدية لتحسبن التلعثم لدى اطفال ما قبل المدرسة.

أولاً : عرض النتائج حسب الفروض

نتائج الفرض الأول وتفسيره :

ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في ضغوط الوالدية، وذلك لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينات المترابطة لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتبدرجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الضغوط الوالدية، ويوضح الجدول التالي ما توصلت له الباحثة من نتائج.

جدول (١٣)

الفروق بين متوسط رتب درجات الأفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده على أبعاد مقياس ضغوط الوالدية والدرجة الكلية

الضغوط	القياس	المتوسط	الانحراف	اتجاه فروق الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
التوافقية	قبلي	٤٠,٠٠	٦,٧٧	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠٥	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١٨,٥٠	٣,٣١	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
التقبلية	قبلي	٢٤,٣٠	٣,٩٧	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠٩	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١٢,٤٠	١,٧١	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
كثرة المطالب	قبلي	٣٨,١٠	٣,٠٣	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١٠	دالة عند ٠,٠١
	بعدي	١٨,٠٠	٢,٩١	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
				التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
التقلب المزاجي	قبلي	١٨,٢٠	٢,٧٨	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠٧	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	٨,٩٠	١,٦٦	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
التشتت	قبلي	٣٨,٠٠	٤,٥٩	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٨٠٧.٢	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١٩,١٠	١,٧٩	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
تدعيم الطفل	قبلي	٢١,٤٠	٣,١٣	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١٢	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	٨,٣٠	١,٤٢	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
الدرجة الكلية للبعد الخاص بالطفل	قبلي	١٨٠,٠٠	١٣,٤٦	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠٧	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		

	بعدي	٨٥,٢٠	٤,٩٦	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
الاكتئاب	قبلي	٣٧,٤٠	٣,٤٧	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠٧	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١٩,٦٠	٢,٨٠	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
الرابطة	قبلي	٢٧,٦٠	٣,٨٦	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠٩	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١١,٩٠	٢,٢٣	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
قيود الدور	قبلي	٢٨,٤٠	١,٨٤	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١٠	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١٧,٥٠	٢,٩٩	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
الاحساس بالكفاءة	قبلي	٤٧,٦٠	٥,١٣	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٤٠	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	٢٢,٨٠	٣,٥٨	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
العزلة الاجتماعية	قبلي	٢٤,٨٠	٢,٩٠	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠٧	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١٢,٥٠	٢,١٢	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
العلاقة بين الزوجين	قبلي	٢٨,٧٠	٢,٩٨	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١٢	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		

	بعدي	١٦,٦٠	٣,٠٣	التساوي	صفر					
				المجموع	١٠					
صحة الوالدين	قبلي	٢١,٨٠	٢,٠٤	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠		٥٥	٢,٨٠٩	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر		صفر		
	بعدي	١٠,٧٠	١,٧٠	التساوي	صفر					
				المجموع	١٠					
الدرجة الكلية للبعد الخاص بالوالدين	قبلي	٢١٦,٣٠	٦,١١	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠		٥٥	٢,٨٠٣	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر		صفر		
	بعدي	١١١,٦٠	٩,٨٧	التساوي	صفر					
				المجموع	١٠					
الدرجة الكلية	قبلي	٣٩٦,٣٠	١٨,٤٦	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠		٥٥	٢,٨٠٣	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر		صفر		
	بعدي	١٩٦,٨٠	٩,٤٥	التساوي	صفر					
				المجموع	١٠					

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي – البعدي) في ضغوط الوالدية لصالح القياس البعدي، فمن خلال حساب متوسطات رتب الدرجات لأبعاد ضغوط الوالدية والدرجة الكلية وجد أن قيمة "Z"دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١).

ويتضح من النتائج السابقة وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على جميع أبعاد مقياسضغوط الوالدية، حيث تم خفض ضغوط الوالدية لصالح التطبيق البعدي مما يعنى انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية وبالتالى تحسنهم بعد تعرضهم لجلسات البرنامج, وبذلك تم التحقق من صحة الفرض الأول، وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة كل مندراسة

شـــافى (Chaffee,1991),ودراســـة ريـــدون (Reddon,1992), ودراســـة درويس(Drewes,1992), ودراسة جاريل وباتريشيا Garyl. Creasey ; (Patricia A. Jarvis,1993), ودراسة (امال إبراهيم الفقى, ١٩٩٧), ودراسة (علا الطيبانى, ٢٠٠٠), ودراسة ناتيك وآخرون(Natke et al., 2003), ودراسة ابيجيلAbigail(2004), ودراسة برستون أندرو Preston Ms, (Andrew,2005), ودراسة (مروة محمد حسن, ٢٠٠٧).

نتائج الفرض الثاني وتفسيره :

ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس ضغوط الوالدية في القياس البعدي، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار مان وتني للعينات المستقلة لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتبدرجات المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس ضغوط الوالدية، ويوضح الجدول التالي ما توصلت له الباحثة من نتائج.

جدول (١٤)

الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الضغوط الوالدية في القياس البعدي

الضغوط	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
التوافقية	تجريبية	١٠	١٨,٥٠	٣,٣١	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٨٥	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٤١,٧٠	٦,٨٣	١٥,٥٠	١٥٥			
التقبلية	تجريبية	١٠	١٢,٤٠	١,٧١	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٩٤	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٢٤,٩٠	٢,٨٥	١٥,٥٠	١٥٥			
كثرة المطالب	تجريبية	١٠	١٨,٠٠	٢,٩١	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٩١	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٣٧,٨٠	٣,٥٨	١٥,٥٠	١٥٥			
التقلب المزاجي	تجريبية	١٠	٨,٩٠	١,٦٦	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٩٢	دالة عند
	ضابطة	١٠	١٧,٠٠	٢,٣١	١٥,٥٠	١٥٥			

									٠,٠١
التشتت	تجريبية	١٠	١٩,١٠	١,٧٩	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٩١	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٣٥,١٠	٥,٤٠	١٥,٥٠	١٥٥			
تدعيم الطفل	تجريبية	١٠	٨,٣٠	١,٤٢	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٨٠٥	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٢٢,٥٠	٢,٠٧	١٥,٥٠	١٥٥			
الدرجة الكلية للبعد الخاص بالطفل	تجريبية	١٠	٨٥,٢٠	٤,٩٦	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٨٢	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	١٧٩,٠٠	٩,٨٤	١٥,٥٠	١٥٥			
الاكتئاب	تجريبية	١٠	١٩,٦٠	٢,٨٠	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٩٢	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٣٦,٩٠	٣,٧٣	١٥,٥٠	١٥٥			
الرابطة	تجريبية	١٠	١١,٩٠	٢,٢٣	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٩١	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٢٩,٧٠	٢,١٦	١٥,٥٠	١٥٥			
قيود الدور	تجريبية	١٠	١٧,٥٠	٢,٩٩	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٩٤	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٢٩,٧٠	١,٧٧	١٥,٥٠	١٥٥			
الاحساس بالكفاءة	تجريبية	١٠	٢٢,٨٠	٣,٥٨	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٨٠١	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٤٩,٤٠	٥,٢٣	١٥,٥٠	١٥٥			
العزلة الاجتماعية	تجريبية	١٠	١٢,٥٠	٢,١٢	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٩١	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٢٤,٢٠	٢,٢٠	١٥,٥٠	١٥٥			
العلاقة بين الزوجين	تجريبية	١٠	١٦,٦٠	٣,٠٣	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٩٥	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٢٩,٤٠	١,٣٥	١٥,٥٠	١٥٥			
صحة الوالدين	تجريبية	١٠	١٠,٧٠	١,٧٠	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٨٠٥	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٢٠,٨٠	١,٤٨	١٥,٥٠	١٥٥			
الدرجة الكلية للبعد الخاص بالوالدين	تجريبية	١٠	١١١,٦٠	٩,٨٧	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٨١	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٢٢٠,١٠	٧,٣٢	١٥,٥٠	١٥٥			
الدرجة الكلية	تجريبية	١٠	١٩٦,٨٠	٩,٤٥	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧٨١	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٣٩٩,١٠	١٥,٥٠	١٥,٥٠	١٥٥			

يتضح من الجدول السابق: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين (التجريبية – الضابطة) فمن خلال حساب متوسطات رتب الدرجات لأبعاد ضغوط الوالدية والدرجة الكلية وجد أن قيمة "Z"ذات دلالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١). أي أن الفروق بين المجموعتين (التجريبية–الضابطة) فروق جوهرية في انخفاض ضغوط الوالدية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج، وهذا يشير إلى تحقق الفرض الثاني, مما يعنى تحسن درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لجلسات البرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التى لم تتعرض لنفس جلسات البرنامج.

وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة كل مندراسة شافى (Chaffee,1991), ودراسة ريدون (Reddon,1992), ودراسة درويس (Drewes,1992) ودراسة جاريل وباتريشيا (Garyl. Creasey ; Patricia A. Jarvis,1993), ودراسة (آمال إبراهيم الفقى, ١٩٩٧), ودراسة (علا الطيبانى, ٢٠٠٠), ودراسة ناتيك وآخرون(Natke et al., 2003), ودراسة ابيجيلAbigail(2004), ودراسة برستون أندرو (Preston Ms, Andrew,2005), ودراسة (مروة محمد حسن, ٢٠٠٧).

نتائج الفرض الثالث وتفسيره :

ينص هذا الفرض على أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس ضغوط الوالدية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينات المترابطة لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتبدرجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة على مقياس ضغوط الوالدية، ويوضح الجدول التالي ما توصلت له الباحثة من نتائج.

جدول (١٥)

الفروق بين متوسط رتب درجات الأفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة على أبعاد مقياس ضغوط الوالدية والدرجة الكلية

الضغوط	القياس	المتوسط	الانحراف	اتجاه فروق الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
التوافقية	بعدي	١٨,٥٠	٣,٣١	الرتب السالبة	٢	٤,٥٠	٩	.٣٣٣	.٧٣٩ غير دالة
				الرتب الموجبة	٤	٣	١٢		
	تتبعي	١٨,٦٠	٢,٩٥	التساوي	٤				
				المجموع	١٠				
التقبلية	بعدي	١٢,٤٠	١,٧١	الرتب السالبة	١	٢,٥٠	٢,٥٠	١,٠٠٠	.٣١٧ غير دالة
				الرتب الموجبة	٣	٢,٥٠	٧,٥٠		
	تتبعي	١٢,٦٠	١,٩٠	التساوي	٦				
				المجموع	١٠				
كثرة المطالب	بعدي	١٨,٠٠	٢,٩١	الرتب السالبة	١	٤	٤	.٣٧٨	.٧٠٥ غير دالة
	تتبعي	١٨,١٠	٢,٨٨	الرتب الموجبة	٣	٢	٦		
				التساوي	٦				
				المجموع	١٠				
التقلب المزاجي	بعدي	٨,٩٠	١,٦٦	الرتب السالبة	٢	٢,٥٠	٥	.٧٠٧	٤٨٠ غير دالة
				الرتب الموجبة	٣	٣,٣٣	١٠		
	تتبعي	٩,١٠	١,٥٢	التساوي	٥				
				المجموع	١٠				
التشتت	بعدي	١٩,١٠	١,٧٩	الرتب السالبة	٢	٥,٢٥	١٠,٥٠	.٦٣٢	.٥٧٢ غير دالة
				الرتب الموجبة	٥	٣,٥٠	١٧,٥٠		
	تتبعي	١٩,٣٠	١,٩٥	التساوي	٣				
				المجموع	١٠				
تدعيم الطفل	بعدي	٨,٣٠	١,٤٢	الرتب السالبة	٢	٣	٦	١,٠٠٠	.٣١٧ غير دالة
				الرتب الموجبة	٤	٣,٧٥	١٥		
	تتبعي	٨,٦٠	١,٣٥	التساوي	٤				
				المجموع	١٠				
الدرجة الكلية للبعد الخاص بالطفل	بعدي	٨٥,٢٠	٤,٩٦	الرتب السالبة	١	٧	٧	١,١٨٧	.٢٣٥ غير دالة
				الرتب الموجبة	٦	٣,٥٠	٢١		
	تتبعي	٨٦,٣٠	٤,٣٢	التساوي	٣				
				المجموع	١٠				
الاكتئاب	بعدي	١٩,٦٠	٢,٨٠	الرتب السالبة	٣	٤	١٢	.٣٣٣	.٧٣٩ غير دالة
				الرتب الموجبة	٣	٣	٩		
	تتبعي	١٩,٥٠	٢,٣٢	التساوي	٤				
				المجموع	١٠				

الرابطة	بعدي	١١,٩٠	٢,٢٣	الرتب السالبة	١	٢,٥٠	٢,٥٠	١,٠٠٠	.٣١٧ غير دالة
				الرتب الموجبة	٣	٢,٥٠	٧,٥٠		
	تتبعي	١٧,٢٠	٢,٤٩	التساوي	٦				
				المجموع	١٠				
قيود الدور	بعدي	١٧,٥٠	٢,٩٩	الرتب السالبة	٤	٤,٧٥	١٩	.٨٧٩	.٣٨٠ غير دالة
				الرتب الموجبة	٣	٣	٩		
	تتبعي	١٧,٢٠	٢,٤٩	التساوي	٣				
				المجموع	١٠				
الاحساس بالكفاءة	بعدي	٢٢,٨٠	٣,٥٨	الرتب السالبة	٥	٥,٤٠	٢٧	.٥٧٧	.٥٦٤ غير دالة
				الرتب الموجبة	٤	٤,٥٠	١٨		
	تتبعي	٢٢,٦٠	٣,٢٤	التساوي	١				
				المجموع	١٠				
العزلة الاجتماعية	بعدي	١٢,٥٠	٢,١٢	الرتب السالبة	٣	٣,٣٣	١٠	.٧٠٧	.٤٨٠ غير دالة
				الرتب الموجبة	٢	٢,٥٠	٥		
	تتبعي	١٢,٣٠	١,٧٠	التساوي	٥				
				المجموع	١٠				
العلاقة بين الزوجين	بعدي	١٦,٦٠	٣,٠٣	الرتب السالبة	٢	٢	٤	.٩٦٦	.٣٣٤
				الرتب الموجبة	٣	٣,٦٧	١١		
	تتبعي	١٦,٩٠	٢,٨١	التساوي	٥				
				المجموع	١٠				
صحة الوالدين	بعدي	١٠,٧٠	١,٧٠	الرتب السالبة	٢	٦,٥٠	١٣	.١٧٠	.٨٦٥ غير دالة
				الرتب الموجبة	٥	٣	١٥		
	تتبعي	١٠,٩٠	٢,٦٩	التساوي	٣				
				المجموع	١٠				
الدرجة الكلية للبعد الخاص بالوالدين	بعدي	١١١,٦٠	٩,٨٧	الرتب السالبة	٣	٦,٣٣	١٩	.١٤٢	.٨٨٧ غير دالة
				الرتب الموجبة	٥	٣,٤٠	١٧		
	تتبعي	١١١,٥٠	٧,٠٤	التساوي	٢				
				المجموع	١٠				
الدرجة	بعدي	١٩٦,٨	٩,٤٥	الرتب	٢	٤,٧٥	٩,٥٠	١,١٩٩	.٢٣٠

الكلية		٠		السالبة					غير دالة
				الرتب الموجبة	٦	٤,٤٢	٢٦,٥٠		
	تتبعي	١٩٧,٨٠	٦,٤٨	التساوي	٢				
				المجموع	١٠				

يتضح من الجدول السابق: عدم جود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي – التتبعي) في ضغوط الوالدية، فمن خلال حساب متوسط رتب الدرجات لأبعاد ضغوط الوالدية والدرجة الكلية وجد أن قيمة "Z" غير دالة إحصائيا وهذه النتيجة تدل على عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية مما يشير إلى تحقق الفرض الثالثوهذا يدل على إستمرارية تأثير البرنامج وفاعليته في فترة المتابعة في خفض ضغوط الوالدية، مما يعنى استمرار التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة.

وتتفق النتائج مع دراسة وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة كل مندراسة شافى(Chaffee,1991), ودراسة ريدون (Reddon,1992), ودراسة درويس(Drewes,1992), ودراسة جاريل وباتريشيا (Garyl. Creasey ; Patricia A. Jarvis,1993), ودراسة (امال إبراهيم الفقى, ١٩٩٧), ودراسة (علا الطيبانى, ٢٠٠٠), ودراسة ابيجيل Abigail(2004), ودراسة برستون أندرو (Preston Ms, Andrew,2005), ودراسة (مروة محمد حسن, ٢٠٠٧)

نتائج الفرض الرابع وتفسيره :

ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق بين متوسطيرتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في التلعثم، وذلك لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينات المترابطة لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتبدرجات المجموعة التجريبية

قبل وبعد تطبيق البرنامج في التلعثم، ويوضح الجدول التالي ما توصلت له الباحثة من نتائج.

جدول (١٦)

الفروق بين رتب درجات الأفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده على أبعاد مقياس التلعثم والدرجة الكلية ودلالتها الإحصائية

التلعثم	القياس	المتوسط	انحراف	اتجاه فروق الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
االمظاهر الفسيولوجية	قبلي	٢٠.٢١	٢,٠٤	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١٦	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١٣,٩٠	١,٢٠	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
المظاهر الانفعالية	قبلي	٢٠,٨٠	١,٩٣	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١٦	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١٤,٥٠	١,٧٢	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
المظاهر الاجتماعية	قبلي	٢٠,٧٠	١,٥٧	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠٩	دالة عند ٠,٠١
	بعدي	١٤,٩٠	٢,٠٢	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
				التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
المظاهر السلوكية	قبلي	٢٠,٣٠	١,٧٠	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١٤	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	١٤,٦٠	٢,١٧	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				
الدرجة الكلية	قبلي	٨٣	٣,٣٣	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٥٠٨	دالة عند ٠,٠١
				الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	بعدي	٥٧,٩٠	٣,١٨	التساوي	صفر				
				المجموع	١٠				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي – البعدي) في التلعثم

لصالح القياس البعدي، فمن خلال حساب متوسطات رتب الدرجات لأبعاد التلعثم (المظاهر الفسيولوجية، المظاهر الانفعالية، المظاهر الاجتماعية، المظاهر السلوكية، الدرجة الكلية) وجد أن قيمة "Z" تساوي على التوالي (٢,٨١٦ –٢,٨١٦ –٢,٨٠٩ –٢,٨١٤–٢,٥٠٨)، وبالكشف عن دلالتهما الإحصائية وجد أنهما ذات دلالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١).

ويتضح من النتائج السابقة وجود فروق بين متوسط رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التلعثم، حيث تم خفض التلعثم لصالح التطبيق البعدي وبذلك تم التحقق من صحة الفرض الرابع، مما يعنى إنخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية وبالتالى تحسنهم بعد تعرضهم لجلسات البرنامج.

وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة كل من(محمد محمود النحاس, ٢٠٠٥), ودراسة لانجفين وآخرون(Langevin, Marilyn et al, 2006), ودراسة (هند إسماعيل إمبابى عبد النبى, ٢٠٠٧), ودراسة (رنا سحيم, ٢٠٠٨), ودراسة ولاء أحمد على الريفي, ٢٠٠٩), ودراسة إيرانى (Irani, 2010), ودراسة (سالى على حسن, ٢٠١١), ودراسة (سناء سعد غشير, ٢٠١٣), ودراسة (بسمة عاطف إبراهيم سالم, ٢٠١٥).

نتائج الفرض الخامس وتفسيره:

ينص هذا الفرض على أنه"توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التلعثم في القياس البعدي، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار مان وتنيللعينات المستقلة لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج في التلعثم، ويوضح الجدول التالي ما توصلت له الباحثة من نتائج.

جدول (١٧)

الفروق بين متوسط رتب درجات الأفراد المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على أبعاد مقياس التلعثم والدرجة الكلية

التلعثم	المجموعة	المتوسط	الانحراف	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
المظاهر الفسيولوجية	تجريبية	٩٠.١٣	١,٢٠	١٠	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٨٠٨	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	٢٠,٢٠	١,٤٨	١٠	١٥,٥٠	١٥٥			
المظاهر الانفعالية	تجريبية	١٤,٥٠	١,٧٢	١٠	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٨٠٧	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	٢٠,٩٠	١,٩٧	١٠	١٥,٥٠	١٥٥			
المظاهر الاجتماعية	تجريبية	١٤,٩٠	٢,٠٢	١٠	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٨١٩	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	٢٠	١,١٥	١٠	١٥,٥٠	١٥٥			
المظاهر السلوكية	تجريبية	١٤,٦٠	٢,١٧	١٠	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٨٣٨	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	٢٠,٤٠	١,٠٧	١٠	١٥,٥٠	١٥٥			
الدرجة الكلية	تجريبية	٥٧,٩٠	٣,١٨	١٠	٥,٥٠	٥٥	صفر	٣,٧١٩	دالة عند ٠,٠١
	ضابطة	٨١,٥٠	٢,٩٢	١٠	١٥,٥٠	١٥٥			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين (التجريبية – الضابطة) فمن خلال حساب متوسطات رتب الدرجات لأبعاد التلعثم(المظاهر الفسيولوجية، المظاهر الإنفعالية، المظاهر الإجتماعية، المظاهر السلوكية، الدرجة الكلية) وجد أن قيمة "Z" تساوي على التوالي (٣,٨٠٨ –٣,٨٠٧ –٣,٨١٩ –٣,٨٣٨–٣,٧١٩)، وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنهما ذات دلالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١).

أي أن الفروق بين المجموعتين (التجريبية–الضابطة) فروق جوهرية في إنخفاض التلعثم بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج، وهذا يشير إلى تحقق الفرض الخامس، مما يعنى تحسن درجات أفراد

المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لجلسات البرنامج مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التى لم تتعرض لنفس جلسات البرنامج.

وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة (محمد محمود النحاس, ٢٠٠٥), ودراسة لانجفين وآخرون(Langevin, Marilyn et al, 2006), ودراسة (هند إسماعيل إمبابى عبد النبى, ٢٠٠٧), ودراسة (رنا سحيم, ٢٠٠٨), ودراسة ولاء أحمد على الريفي, ٢٠٠٩) ودراسة إيرانى (Irani, 2010), ودراسة (سالى على حسن, ٢٠١١), ودراسة (سناء سعد غشير, ٢٠١٣), ودراسة (بسمة عاطف إبراهيم سالم, ٢٠١٥).

نتائج الفرض السادس وتفسيره :

ينص هذا الفرض على أنه "لا توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في التلعثم".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينات المترابطة لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتبدرجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في التلعثم، ويوضح الجدول التالي ما توصلت له الباحثة من نتائج.

جدول (١٨)

الفروق بين متوسط رتب درجات الأفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة على أبعاد مقياس التلعثم والدرجة الكلية

التلعثم	القياس	المتوسط	انحراف	اتجاه فروق الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
االمظاهر الفسيولوجية	بعدي	١٣,٩٠	١,٢٠	الرتب السالبة	٣	٢,٥٠	٧,٥٠	١,٠٠٠	٠,٣١٧ غير دالة
				الرتب الموجبة	١	٢,٥٠	٢,٥٠		
	تبعي	١٣,٧٠	١,٠٦	التساوي	٦				
				المجموع	١٠				
المظاهر الانفعالية	بعدي	١٤,٥٠	١,٧٢	الرتب السالبة	٢	٢	٤	.٣٧٨	٠,٧٠٥ غير دالة
				الرتب الموجبة	٢	٣	٦		
	تتبعي	١٤,٧٠	١,١٢٥	التساوي	٦				
				المجموع	١٠				
المظاهر الاجتماعية	بعدي	١٤,٩٠	٢,٠٢	الرتب السالبة	٤	٣,٥٠	١٤	.٨١٦	٠,٤١٤ غير دالة
	تتبعي	١٤,٧٠	٢,٠٦	الرتب الموجبة	٢	٣,٥٠	٧		
				التساوي	٤				
				المجموع	١٠				
المظاهر السلوكية	بعدي	١٤,٦٠	٢,١٧	الرتب السالبة	٤	٣	١٢	١,٣٤٢	٠,١٨٠ غير دالة
				الرتب الموجبة	١	٣	٣		
	تتبعي	١٤,٣٠	١,٨٩	التساوي	٥				
				المجموع	١٠				
الدرجة الكلية	بعدي	٥٧,٩٠	٣,١٨	الرتب السالبة	٤	٣,٧٥	١٥	.٩٥٧	٠,٣٣٩ غير دالة
				الرتب الموجبة	٢	٣	٦		
	تتبعي	٥٧,٤٠	٣,٢٧	التساوي	٤				
				المجموع	١٠				

يتضح من الجدول السابق عدم جود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي – التتبعي) في التلعثم، فمن خلال حساب متوسطات الدرجات لأبعاد التلعثم(المظاهر الفسيولوجية، المظاهر الإنفعالية، المظاهر الإجتماعية، المظاهر السلوكية، الدرجة الكلية) وجد أن

قيمة "z"تساوي على التوالي (١,٠٠ -٣٧٨. -٨١٦ . -١,٣٤٢-٩٥٧.)، وبالكشف عن دلالتهما الإحصائية وجد أنها غير دالة إحصائيا وهذه النتيجة تدل على عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية مما يشير إلى تحقق الفرض السادس وهذا يدل على استمرارية تأثير البرنامج وفاعليته في فترة المتابعة في خفض التلعثم، مما يعنى استمرار التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية حتى فترة المتابعة.

وتتفق النتائج معدراسة لانجفين وآخرون (Langevin, Marilyn et al,2006), ودراسة (هند إسماعيل إمبابى عبد النبى, ٢٠٠٧), ودراسة (رنا سحيم, ٢٠٠٨), ودراسة ولاء أحمد على الريفي, ٢٠٠٩), ودراسة إيرانى (Irani, 2010), ودراسة (سالى على حسن, ٢٠١١), ودراسة (سناء سعد غشير, ٢٠١٣), ودراسة (بسمة عاطف إبراهيم سالم, ٢٠١٥).

ثانيا : توصيات الدراسة :

على ضوء ماأسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج فإن الباحثة توصي بمايلي

١. مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال وعدم مقارنتهم ببعض مما يعمل على زيادة التلعثم لدى الطفل.
٢. ضرورة الإكتشاف والتدخل المبكر لعلاج التلعثم عند الأطفال حيث أن هذا يساعد فى علاج التلعثم.
٣. عدم مقاطعة الطفل المتلعثم أثناء تحدثه أوالسخرية منه.
٤. ضرورة إجراء دراسات وبحوث عن مدى تأثير ضغوط الوالدية على ظهور مشكلات سلوكية وإنفعالية وإجتماعية لدى الطفل.
٥. إستخدام التغذية الراجعة كمدخل من المداخل الناجحة فى الحد من مشكلة التلعثم.

٦. عمل ندوات لتوعية الوالدين وخاصة الآمهات نظرا لإلتصاق الأطفال بأمهاتهم فى هذه المرحلة العمرية وما للأمهات من تأثير مباشر وهام على الأطفال وعلى صحتهم النفسية.

٧. تصميم البرامج التى تعمل على تشجيع التفاعل الإجتماعى بين الأطفال المتلعثمين وأقرانهم فى نفس العمر.

٨. توفير أخصائى تخاطب فى كل مدرسة خاصةً المدارس الإبتدائية بسبب إنتشار مشكلة التلعثم.

٩. تصميم برامج إرشادية للوالدين والمعلمين من أجل تعريفهم بإضطرابات الكلام واللغة، والمؤشرات الدالة عليها، وكيفية مساعدة الطفل المتلعثم.

١٠. ضرورة التدخل المبكر لعلاج مشكلة التلعثم قبل أن ينعكس تأثيرها السلبى على الجوانب المعرفية والنفسية والسلوكية للطفل المتلعثم.

ثالثا : بحوث مقترحة :

تقدم الباحثة فيما يلي بعض البحوث المقترحة :

١. دراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خقض ضغوط الوالدية لدى آباء الأطفال ما قبل المدرسة.

٢. دراسة فاعلية الإرشاد متعدد النظم في خفض ضغوط الوالدية كمدخل لخفض الإضطرابات السلوكية لدى الأبناء.

٣. فاعلية الإرشاد العلاج الجمعي في خفض ضغوط الوالدية كمدخل لتحسين جودة الحياة.

٤. دراسة فاعلية برنامج تدريبى لتحسين النمو اللغوى لدى الأطفال المتلعثمين فى مرحلة ما قبل المدرسة.

٥. دراسة أثر أساليب المعاملة الوالدية على درجة التلعثم لدى الأطفال.

٦. دراسة أثر التلعثم على العلاقات مع الأقران لدى أطفال ما قبل المدرسة.

٧. دراسة الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من التلعثم فى مرحلة ما قبل المدرسة.

٨. دراسة خصائص الكلام واللغة لدى الأطفال الذين يعانون من التلعثم فى مرحلة ما قبل المدرسة.

٩. فاعلية برنامج لعلاج اضطرابات النطق المصاحبة للتلعثم وأثره فى علاج التلعثم لدى الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة.

قائمة المراجع

أولآ: المراجع باللغة العربية.

ثانيآ: المراجع باللغة الأجنبية.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

١. أحلام عبد السلام نبيه (١٩٩٣): الخطط الحديثة لعلاج التلعثم, **رسالة ماجستير غير منشورة**, كلية الطب, جامعة عين شمس.

٢. أحمد عبد الله أحمد, فهمي مصطفي محمد (١٩٩٤): **الطفل ومشكلات القراءة**, القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

٣. أحمد عرفان حسين سلوطة (١٩٩٨): دراسة عاملية مقارنة لعينتين من المتلجلجين والأسوياء المراهقين في بعض المتغيرات النفسية المرضية, **رسالة ماجستير غير منشورة**, كلية الأداب, جامعة الإسكندرية.

٤. أحمد عرفان سلوطة (٢٠٠٢): دراسة مقارنة لأثر التحفيز الجسمي والنفسي فى علاج المراهقين المتلعثمين داخل وخارج الاطار العيادى, **رسالة دكتوراة غير منشورة**, كلية الآداب, جامعة الإسكندرية.

٥. أحمد محمد رشاد (١٩٩٣): إستخدام برامج متنوعة لعلاج تلعثم المراهقين (دراسة تجريبية مقارنة), **رسالة ماجستير غير منشورة**, معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.

٦. أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٩): التفاؤل والتشاؤم: عرض لدراسات عربية. **مؤتمرالخدمة النفسية والتنمية**. ٥-٧ إبريل, الكويت.

٧. إسهام أبو بكر وعاشور محمد دياب (٢٠٠٣): الضغوط الأسرية كما يدركها الأبناء وعلاقتها ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من طلاب جامعة المنيا. **مجلة البحث في التربية وعلم النفس**, مجلد ١٦، ع ٤, كلية التربية جامعة المنيا, ص ٢٧٥: ٢٩٧.

٨. آمال الفقى(١٩٩٧): ضغوط الوالدية وعلاقتها ببعض اضطرابات النطق لدى عينة من تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسى. **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية التربية فرع بنها, جامعة الزقازيق.

٩. آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٣): **اضطرابات التواصل وعلاجها**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

١٠. أمل عبد اللطيف حمدى (٢٠٠٨): مدى فاعلية برنامج إرشادى للوالدين للتخفيف من حدة التلعثم لدى أطفال المرحلة الأبتدائية, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** جامعة عين شمس, كلية التربية, صحة نفسية.

١١. أمنية إبراهيم حسن (٢٠٠٢): دراسة فاعلية برنامج للإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية. **رسالة دكتوراه غير منشورة,** كلية التربية, جامعة عين شمس.

١٢. انتصار يونس (١٩٩١): **السلوك الإنساني ط٨**. القاهرة: دار المعارف.

١٣. أنسى محمد أحمد حقى قاسم (٢٠٠٥): **اللغة والتواصل لدى الطفل.** الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

١٤. أنسى محمد أحمد قاسم (٢٠٠٢): **اللغة والتواصل لدى الطفل.** الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

١٥. ايمان الكاشف (٢٠٠٥): فاعلية برنامج ارشادي لخفض القلق لدى عينة من الأطفال المتلجلجين وتحسين مفهموم الذات لديهم, **مجلة دراسات تربوية واجتماعية,** مجلد (١١), عدد ٢, كلية التربية, ص: ١٧٩ – ٢٥٧.

١٦. إيمان جمعه فهمى (٢٠١٠): برنامج تدريبى قائم على تحسين فعالية الذات المدركة لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** جامعة بنها, كلية التربية, صحة نفسية.

١٧. إيمـان عبـد المقصـود حسـن علـي الجنـدي (٢٠١٠): **ضـغوط الوالديـة وعلاقتهـا بالدافعيـة للإنجـاز لـدى تلاميـذ مرحلـة التعلـيم الأساسـي, رسـالة ماجستير غير منشورة,** كلية التربية, جامعة بنها.

١٨. إينـاس عبد الفتـاح سالم (١٩٩٩): دراسـة نفسية فـي إضـطرابات النطـق والكلام, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** جامعة عين شمس, كلية الآداب.

١٩. إيهاب البيلاوي (٢٠٠٣): **اضـطرابات النطـق "دليـل أخصـائي التخاطـب والمعلمين والوالدين"**. القاهرة: مطبعة النهضة المصرية.

٢٠. إيهـاب عبـدالعزيز البـبلاوي(٢٠٠٦): **اضــطراباتالنطق،** دليـل أخصـائي التخاطب والمعلمين والوالدين. السعودية، الرياض: مكتبةالرشد.

٢١. بسمة عاطف إبراهيم سالم (٢٠١٥):فاعلية برنـامج علاجى للتخفيف من بعض الإضطرابات النفسية المصاحبة للجلجة لدى عينـة من تلاميذ المرحلـة الابتدائية. **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية التربية, جامعة عين شمس.

٢٢. بشري إسماعيل (٢٠٠٤): **ضغوط الحياة والإضطرابات النفسية،** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٣. بوشـيل, وايـدانمان, سـكولا, بيرنـر (٢٠٠٤): **الأطفــال ذوى الاحتياجــات الخاصـة الكتـاب المرجعى لآبـاء الأطفـال ذوى الاحتياجـات الخاصـة, ترجمـة كريمان بدير**. القاهرة: عالم الكتب.

٢٤. بـول مـارتن (ترجمـة: عبـد العلـي الجسماني) (٢٠٠٠): **العقـل المـريض,** بيروت: الدار العربية للعلوم.

٢٥. جـابر عبـد الحميـد وعـلاء الـدين كفـافي (١٩٩٣): **معجـم علـم الـنفس والطب النفسي,** القاهرة: دار النهضة العربية.

٢٦. جـابر عبدالحميد جـابر (١٩٩٩): **سـيكولوجية الـتعلم ونظريـات الـتعلم،** ط٩، القاهرة: دار النهضة العربية للنشر.

٢٧. جاريل وباتريشيا (Garyl. Creasey ; Patricia A. Jarvis,1993)

٢٨. جمال محمد الخطيب (١٩٩٥): **تعديل السلوك الإنساني**، الكويت: مكتبة الفلاح.

٢٩. جمعة سيد يوسف (١٩٩٧): **سيكولوجية اللغة والمرض العقلي**. القاهرة: دار غريب.

٣٠. جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠): **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**. القاهرة: دار غريب.

٣١. جوزيف ريزو، روبرت زايل (١٩٩٩): **تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً** (النظرية – التطبيق). ترجمة عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، الأمارات: دار الكتاب الجامعي.

٣٢. جين نيكسون (٢٠٠٠): **مساعدة الأطفال على مواجهة التلعثم**. ترجمة مركز التعريب والبرمجة, بيروت: الدار العربية للعلوم.

٣٣. حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥): علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة), القاهرة: عالم الكتب.

٣٤. حامدعبدالسلام زهران (١٩٩٩):**علم نفس النموالطفولة والمراهقة,** ط ٤, القاهرة: علم الكتب.

٣٥. حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٥): **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها**، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

٣٦. حسن مصطفي عبد المعطي (٢٠٠٥):ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية، **مجلة كلية التربية**، جامعة الزقازيق، ع ٩ ص ٢٧٩.

٣٧. حسين فايد (٢٠٠٥): **علم النفس العام رؤية معاصرة**. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر.

٣٨. حورية باي (٢٠٠٢): **علاج اضطرابات اللغة المنطوقة والمكتوبة عند أطفال المدارس العادية**. الطبعة الأولى, الأمارات: دار القلم للنشر والتوزيع.

٣٩. خالد عبد الرازق (٢٠٠٢): **اللغة بين النظرية والتطبيق**. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
٤٠. خالد عبد الرازق السيد (١٩٩٩): **اللغة بين النظرية والتطبيق**. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
٤١. خولة أحمد يحي (٢٠٠٠): **الإضطرابات السلوكية والانفعالية**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
٤٢. ديفيد فونتانا (١٩٩٣): **الضغوط النفسية,** ترجمة حمدي الفرماوي, ورضا أبو سريع, القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٤٣. رشا شعيب (١٩٩٦): استخدام جهاز التردد المرئى فى علاج التلعثم, **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية طب, جامعة عين شمس.
٤٤. رنا سحيم فهد الدبوس (٢٠٠٨): فاعلية برنامج علاجى سلوكى للتخفيف من شدة التلعثم لدى الأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة من (٩: ١٢) سنة, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** معهد دراسات الطفولة, جامعة عين شمس.
٤٥. رنا سعد الدين محمد (٢٠٠٤): دراسة مقارنة بين الطرق العلاجية المختلفة المستخدمة لعلاج التلعثم فى الأطفال, **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية الطب, جامعة عين شمس.
٤٦. روبرت واطسون؛ هنرى كلاى ليندجرين (٢٠٠٤): **سيكولوجية الطفل والمراهق,** ترجمة داليا عزت مؤمن, القاهرة: مكتبة المدبولى.
٤٧. زكريا الشربينى (١٩٩٤): **المشكلات النفسية عند الأطفال**. القاهرة: دار الفكر العربى.
٤٨. زكريا الشربينى (٢٠٠١): **المشكلات النفسية عند الأطفال**. القاهرة: دار الفكر.
٤٩. زكريا الشربينى (٢٠١٢): **المشكلات النفسية عند الأطفال**. القاهرة: دار الفكر العربي.

٥٠. زكريا الشربيني ويسرية صادق (٢٠٠٦): **تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهته مشكلاته.** القاهرة: دار الفكر العربي.
٥١. زينب محمود شقير (١٩٩٩): **سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين الخصائص- صعوبات التعلم- التعليم- التأهيل- الدمج.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
٥٢. زيزت أنور محمد عبد الرحيم (٢٠١٢): برنامج مقترح لمعلمة رياض الأطفال لتنمية بعض المهارات لدى طفل الروضة من ٤: ٦ سنوات بإستخدام برنامج البورتاج, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.
٥٣. سالى على حسن محمد (٢٠١١): فاعلية برنامج علاجى تكاملى متعدد الأبعاد لعلاج اللجلجة وتحسين الفاعلية الذاتية لدى عينة من أطفال ما قبل المدرسة، **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية رياض اطفال، جامعة الإسكندرية.
٥٤. سامي محمد ملحم (٢٠٠٢): **مشكلات طفل الروضة التشخيص والعلاج.** عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
٥٥. سحر عبد الحميد الكحكى (١٩٩٧): تقييم برنامج علاجى متكامل لعلاج اللجلجة لدى عينة من الأطفال المعاقين, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية الاداب, جامعة عين شمس.
٥٦. سعدية بهادر (١٩٩٤): **فى علم نفس النمو.** الطبعة العاشرة, المؤسسة السعودية بمصر. القاهرة: مطبعة المدني.
٥٧. سلمان خلف الله (٢٠٠٤): **الطفولة المشكلات الرئيسية التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية.** الأردن: جهينة للنشر والتوزيع.
٥٨. سمية جميل (١٩٩٧): مدى فاعلية برنامج إرشادى لمواجهة الضغوط الواقعة على الأسر التي لديها طفل متخلف عقليا, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية التربية, فرع بنها, جامعة الزقازيق.

٥٩. سمية طه جميل (١٩٩٨): **التخلف العقلي – استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية**، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
٦٠. سميرة علي جعفر أبو غزالة (٢٠٠٤): الضغوط النفسية وعلاقتها بكل من الذكاء وتأكيد الذات وبعض السمات المرضية، **مجلة كلية التربية**، جامعة عين شمس، ع٢٣، ج ٣.
٦١. سناء سعد غشير(٢٠١٣): فاعلية برنامج إرشادى للتخفيف من اللجلجة والقلق الاجتماعى لدى أطفال الروضة بمدينة طرابلس فى ليبيا, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية رياض أطفال, جامعة القاهرة.
٦٢. سهير كامل أحمد (١٩٩٨): **سيكولوجية نمو الطفل دراسات نظرية – وتطبيقات عملية**. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
٦٣. سهير محمد سلامة (٢٠٠٧): **اضطرابات التواصل – التشخيص الأسباب – العلاج**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
٦٤. سهير محمود أمين (٢٠٠٠): **اللجلجة – المفهوم والأسباب والعلاج – الطبعة الأولى,** دار الفكر العربى, القاهرة.
٦٥. سهير محمود أمين (٢٠٠٥): **اضطرابات النطق والكلام**. القاهرة: عالم الكتب.
٦٦. سهير محمود أمين (٢٠٠٥): **اللجلجة التشخيص والعلاج**. القاهرة: دار الفكر العربى.
٦٧. سهير محمود أمين عبد الله (١٩٩٥): دراسة لمدى فاعلية أسلوبي التظليل واللعب غير الموجه لعلاج حالات اللجلجة لدى الأطفال, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية تربية, جامعة عين شمس.
٦٨. سيد أحمد البهاص (٢٠٠٥): **أداة قياس شدة التلعثم Stuttering Severity Instrument (SSI) للأطفال والمراهقين**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٦٩. السيد عبد اللطيف السيد (٢٠٠٠): مدى فاعلية برنامج تدريبى فى تنمية الحصيلة اللغوية ومفهوم الذات لدى عينة من الاطفال المتأخرين لغوياً فى مرحلة ما قبل المدرسة, **رسالة ماجستير غير منشورة,** معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

٧٠. السيد يس التهامى (٢٠٠٨): فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى علاج بعض اضطرابات الكلام واللغة لدى الأطفال, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية التربية, جامعة عين شمس.

٧١. شرين عباس هاشم, يسرى عفيفي عفيفي (٢٠٠٦): **الأنشطة العلمية وتنمية مهارات التفكير لطفل الروضة,** القاهرة: دار الفكر العربى.

٧٢. صالح الشماع (١٩٨٧): **ارتقاء اللغة عند الطفل.** القاهرة: دار المعارف.

٧٣. صبحى الكافوري (٢٠٠٠): فاعلية برنامج سلوكي معرفي في إدارة الضغوط النفسية لدي عينة من طلاب كلية التربية, **مجلة كلية التربية,** جامعة المنوفية, السنة الخامسة عشر, ع٣ ص ٩٧: ١٥٩.

٧٤. صبحي عبد الفتاح (٢٠٠٠): فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في إدارة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب كلية التربية, **مجلة البحوث النفسية والتربوية,** ع ٣، جامعة المنوفية ص: ٩٧: ١٢٠.

٧٥. صفاء غازي (١٩٩٢): فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (سيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية تربية, جامعة عين شمس.

٧٦. صفوت أحمد عبد ربه (٢٠٠٠): فاعلية العلاج السلوكى متعدد المحاور والقراءة المتزامنة فى علاج اللجلجة وبعض الإضطرابات النفسية المصاحبة. **رسالة دكتوراة غير منشورة,** معهد دراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.

٧٧. صفوت أحمد عبد ربه (٢٠٠٠): فاعلية العلاج السلوكى متعدد المحاور والقراءة المتزامنة فى علاج اللجلجة وبعض الإضطرابات النفسية المصاحبة, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** معهد دراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.
٧٨. طارق زكى موسى (٢٠٠٢): فاعلية بعض الأساليب النفسية فى علاج التلعثم لدى الأطفال. **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية الآداب بسوهاج. جامعة جنوب الوادى.
٧٩. طارق زكي عبد المحسن (٢٠٠٢): بعض الأساليب النفسية في علاج التلعثم, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية الآداب, جامعة جنوب الوادي.
٨٠. طارق زكي عبد المحسن (٢٠٠٢): بعض الأساليب النفسية في علاج التلعثم لدى الأطفال, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية الاداب, جامعة جنوب الوادي.
٨١. طريف دسوقى فرج (٢٠٠٢): **مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية.** القاهرة: مكتبة الخانجي.
٨٢. طه عبد العظيم, سلامة عبد العظيم (٢٠٠٦): **إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية.** عمان: دار الفكر.
٨٣. **عادل الأشول (١٩٩٣):** الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقليا، **مجلة الإرشاد النفسى,** العدد الأول.
٨٤. عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠): **الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين.** القاهرة: دار الرشاد.
٨٥. عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٩): **معجم مصطلحات اضطرابات النطق وعيوب الكلام.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٨٦. عبد العزيز ابراهيم أحمد سليم (٢٠٠٤): مدى فاعلية برنامج علاجى تكاملى متعدد الأبعاد فى علاج بعض حالات اللجلجة لدى عينة من تلاميذ

المرحلـة الأبتدائيـة, **رســالة ماجســتير غيــر منشــورة,** كليـة تربيـة، جامعـة الأسكندرية.

٨٧. عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٧): **اضطرابات النطق والكلام, خلفيتها .. تشخيصها .. أنواعها .. علاجها,** القاهرة: مركز الفتح.

٨٨. عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٦): **اضطرابات النطق والكلام وخلفيتها – تشخيصها – أنواعها – علاجها.** ط ٢. الرياض: شركة الصفحات الذهبية للطباعة والنشر.

٨٩. عبد العزيز الشخص (٢٠٠٦): **قاموس التربيـة الخاصـة والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة,** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٩٠. عبد الله سليمان سعود العصيمي (١٩٩٨): إدراك طلاب المرحلة الثانوية للضغوط الأسرية الناتجة عن الاتجاهات الوالدية غير السوية في التنشئة، **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة الخليج العربي، البحرين.

٩١. عبد المجيد سيد أحمد, زكريا أحمد الشربينى, يسرية صادق (٢٠٠٣): **الطفل ومشكلاته النفسية والتربويـة والاجتماعيـة الأسباب وطرق العلاج.** القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٩٢. عبد المطلب القريطي (١٩٩٨): **محاضرات فى الصحة النفسية.** القاهرة: دار الفكر العربي.

٩٣. عبد المنعم عبد القادر الميلادى (٢٠٠٦): **الأصوات ومرضى التخاطب.** الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

٩٤. عبدالستار إبراهيم (١٩٩٨): **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادينه**، القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع

٩٥.عبدالعزيز إبراهيم أحمد سليم (٢٠٠٤): مدى فعالية برنامج علاجي تكاملي متعدد الأبعاد في علاج بعض حالات التلعثم لدي عينة من أطفال

المرحلة الابتدائية. **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية بدمنهور، جامعة الإسكندرية.

٩٦. عبدالمطلب القريطى (٢٠٠٣): "**في الصحةالنفسية**". (ط٣) القاهرة: دار الفكر العربي.

٩٧. عثمان يخلف (٢٠٠١): **علم النفس والصحة (الأسس النفسية والسلوكية)**. قطر: دار الثقافة.

٩٨. عفراء سعيد خليل (٢٠٠٠): بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين فى الكلام, **رسالة ماجستير غير منشورة,** معهد الدراسات والبحوث التربوية, جامعة القاهرة.

٩٩. علا محمد زكى الطيبانى (٢٠٠٠): دراسة العلاقة بين ضغوط الوالدية واللجلجة فى الكلام عند أطفال ما قبل المدرسة, **رسالة ماجستير غير منشورة,** معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.

١٠٠. علاء الدين كفافي (١٩٩٠): **الصحة النفسية**. القاهرة: دار هجر للطباعة.

١٠١. علاء الدين كفافي (١٩٩٩): **الإرشاد والعلاج النفسي الأسري : المنظور النسقي الاتصالي**. القاهرة: دار الفكر العربي.

١٠٢. عماد عبدالرحيم الزغول (٢٠٠٥): **مبادئ علم النفس التربوي**, العين: دار الكتاب الجامعي.

١٠٣. عمر بدران (٢٠٠٧): **المرأة والتعايش مع الضغوط**, القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠٤. غريب عبد الفتاح الغريب (١٩٩٩): **علم الصحة النفسية**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠٥. فاروق الروسان (١٩٨٩): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين, مقدمة في التربية الخاصة**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

١٠٦. فاروق السيد عثمان (٢٠٠١): **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، القاهرة: دار الفكر العربى.

١٠٧. فاطمة حنفى محمود (١٩٨٣): دار الحضانة والإستعداد العقلى للطفل دون السادسة, **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية البنات, جامعة عين شمس.

١٠٨. فاطمة زهراء عبد المنعم (٢٠٠٩): دور المتاحف فى تنمية بعض جوانب النمو لدي طفل قبل المدرسة, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** جامعة القاهرة, كلية رياض الأطفال.

١٠٩. فرج عبد القادر طه (٢٠٠٥): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي.**ط ٣. دار الوفاق، أسيوط.

١١٠. فؤاده محمد هدية (١٩٩٥): دراسة مقارنة في ضغوط الوالدية لدي ثلاث شرائح من الأمهات, **مجلة علم النفس** ع ٣٣، ص ٧٣: ٨٢.

١١١. فوقية حسن رضوان (٢٠٠٦): **الإعاقة الصحية**. القاهرة: دار الكتب الحديثة.

١١٢. فيصل محمد خير (١٩٩٠): **اللغة واضطرابات النطق والكلام.** الرياض: دار المريخ للنشر.

١١٣. فيفيان فايز إبراهيم (١٩٩٨): دراسة العلاقة بين ضغوط الوالدية والتوافق الشخصي والإجتماعي لدى أطفال المرحلة الإبتدائية، **رسالة ماجستير غير منشورة**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

١١٤. فيولا الببلاوي (١٩٨٨): **مقياس ضغوط الوالدية, دليل للتعرف على الأطفال المعرضين للخطر كراسة التعليمات,** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

١١٥. قحطان أحمد الظاهر (٢٠٠٤): **مصطلحات ونصوص إنجليزية فى التربية الخاصة.** الأردن: اليازورى.

١١٦. كريمان بدر وإميلى صادق (٢٠٠٠): **تنمية المهارات اللغوية للطفل.** القاهرة: عالم الكتب.

١١٧. ليلى أحمد كرم الدين (٢٠٠٤): **اللغة عند طفل ما قبل المدرسة نموها السليم وتنميتها**. القاهرة: دار الفكر العربى.

١١٨. لينا روستين وآخرون (٢٠٠٤): **كيف يمكن التغلب على التلعثم لدى الأطفال وطلبة المدارس؟. ترجمة خالد العامرى**, القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع.

١١٩. مجدة أحمد محمود (٢٠٠١): دراسة مقارنة لمكونات العلاقة بين الكفاءة الإجتماعية والضغوط وقوة الأنا ووجهة الضبط بين الجنسين في مرحلة منتصف العمر، **مجلة علم النفس المعاصر**، المجلد (١٢)، العدد (١)، ص: ٢٣ – ٦٥.

١٢٠. مجدى دسوفى (١٩٩٦): العلاقة بين (القبول والرفض) الوالدى لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية من الجنسين, جامعة عين شمس, **المؤتمر الدولى الثالث لمركز الإرشاد النفسى للأطفال فى عالم متغير**, ص ٥٨٧: ٦٢٣.

١٢١. مجدى محمد الدسوقي (٢٠٠٢): **سيكولوجية النمو من الميلاد إلى المراهقة**. القاهرة: مكتبة الانجلو.

١٢٢. محمد أحمد غالي ورجاء محمود (١٩٧٤): **القلق وأمراض الجسم**. دمشق: المؤلفان.

١٢٣. محمد السيد عبد الرحمن، مني خليفة (٢٠٠٣): **تدريب الأطفال ذوى الإضطرابات السلوكية علي المهارات النمائية دليل الآباء والمعلمين**, القاهرة: دار الفكر العربي.

١٢٤. محمد أيوب شحيمى (١٩٩٤): **مشاكل الطفل كيف نفهمها**. بيروت: دار الفكر.

١٢٥. محمد بيومى خليل (١٩٩٩): **سيكولجية العلاقات الزوجية**. القاهرة: دار قباء للنشر.

١٢٦. محمد رفقي محمد (١٩٨٧): **سيكولوجية اللغة والتنمية اللغوية لطفل الرياض**. الكويت: دار القلم.
١٢٧. محمد سيد عطية (١٩٩٩): برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى المراهقين, **رسالة ماجستير غير منشورة**, معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.
١٢٨. محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩٦): **مشكلات الأبناء وعلاجها من الجنين ... إلى المراهق**. الإسكندرية: دار المعارف الجامعية.
١٢٩. محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩٦): **مشكلات الأبناء وعلاجها من الجنين .. اللغة عند الأطفال**. القاهرة: مكتبة ابن سينا.
١٣٠. محمد عبد المؤمن حسين (١٩٨٦): **مشكلات الطفل النفسية**. القاهرة: دار الفكر الجامعى.
١٣١. محمد على كامل (٢٠٠٣): **أخصائى النطق والتخاطب ومواجهة اضطرابات اللغة عند الأطفال**. القاهرة: مكتبة ابن سينا.
١٣٢. محمد على كامل (٢٠٠٥): **الضغوط النفسية ومواجهتها**. القاهرة: مكتبة ابن سينا.
١٣٣. محمد محمود النحاس (٢٠٠٥): مدى فعالية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى عينة من الأطفال في المرحلة الأبتدائية. **رسالة دكتوراة غير منشورة**, جامعة بنها, كلية التربية.
١٣٤. محمد محمود النحاس (٢٠٠٦): **سيكوولوجية التخاطب لذوى الاحتياجات الخاصة**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١٣٥. محمود حمودة (١٩٩١): **الطفولة والمراهقة**. القاهرة: المطبعة الفنية.
١٣٦. مراد على عيسى, وليد السيد خليفة (٢٠٠٧): **كيف يتعلم المخ ذو اضطرابات الكلام**. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع.

١٣٧. مروة محمد حسن ابراهيم (٢٠٠٧): الضغوط الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها ببعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتلجلجين, دراسة وصفية كلينيكية, **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية التربية, جامعة حلوان.
١٣٨. مصطفى فهمي (د ت): **أمراض الكلام.** القاهرة: مكتبة مصر.
١٣٩. منال كامل بهنس (٢٠٠٢) : **محاضرات فى التدريب الميداني.** حورس للطباعة.
١٤٠. نادية إبراهيم أبو السعود (١٩٩٧): الإضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته بضغوط الوالدية، **رسالة ماجستير غير منشورة**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
١٤١. نادية أبو السعود (٢٠٠٨): **الطفل التوحدي.** القاهرة: مؤسسة حورس الدولية.
١٤٢. ناصر قطبي (١٩٨٦): **محاضرات فى التخاطب, دورة التأهيل التخاطبي, وحدة التخاطب,** كلية الطب, جامعة عين شمس.
١٤٣. نهى محى الدين حسين (٢٠١١): مدى فاعلية برنامج ارشادي انتقائي لعلاج الرهاب الاجتماعي في تخفيف مستوى اللجلجة لدى عينة من أطفال المرحلة الإبتدائية المتلجلجين, **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية تربية, جامعة عين شمس.
١٤٤. نور الدين طه (٢٠٠٢): ضغوط الوالدية كما يدركها آباء المكفوفين ودرجة القلق عند ابنائهم, **رسالة ماجستير غير منشورة,** معهد الدراسات والبحوث التربوية, جامعة القاهرة.
١٤٥. نوران نجدى أحمد العسال (١٩٩٠): التلعثم, **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية الطب, جامعة عين شمس.
١٤٦. هارون الرشيدي (١٩٩٩): **الضغوط النفسية طبيعتها، نظرياتها.** القاهرة: الأنجلو المصرية.

١٤٧. هالة الجروانى وإميلى صادق (١٩٩٩): دراسة لبعض العوامل المؤثرة عل التهتهة فى الأطفال ما قبل المدرسة فى محافظة الأسكندرية. **مجلة دراسات الطفولة,** معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس, العدد الخامس, المجلد الثانى, ص ١١٣-١٢٢.

١٤٨. هبه سليم عبده سليط (١٩٩٥): أهمية إرشاد الأسرة فى علاج إضطرابات الصوت والكلام, **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية الطب, جامعة عين شمس.

١٤٩. هدى الناشف (٢٠٠٥): **استراتيجيات التعليم والتعلم فى الطفولة المبكرة.** القاهرة: دار الفكر العربى.

١٥٠. هدى محمد سيد عبد الواحد (١٩٩٨): التلعثم وعلاقته بمستوى الطموح لدى تلميذات المرحلة الإعدادية, **رسالة ماجستير غير منشورة,** معهد الدراسات العليا للطفولة, جامعة عين شمس.

١٥١. هند إسماعيل إمبابى (٢٠٠٧): برنامج إرشادى لتنمية مفهوم الذات وعلاقته بالإضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتلعثمين. **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية رياض الأطفال, جامعة القاهرة.

١٥٢. وفاء محمد عبد الجواد (١٩٩٤): فعالية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدي عينة من المعلمين, **رسالة دكتوراة غير منشورة,** كلية التربية, جامعة عين شمس.

١٥٣. وفيق صفوت مختار (١٩٩٩): **مشكلات الأطفال السلوكية الأسباب وطرق العلاج.** القاهرة: دار العلم والثقافة.

١٥٤. ولاء أحمد على الريفي (٢٠٠٩): استخدام طريقة سميث أكسنت فى علاج التلعثم وأثرها على سمات الشخصية لدى الأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة, **رسالة ماجستير غير منشورة,** كلية الاداب, قسم علم نفس, جامعة بنها.

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية

155. Abidin, R (1992): The Determinants of Parenting Behavior. Journal of Clinical Child Psyhology. Vol. (21), N(4) Pp. 401: 412.
156. Abidin, R. & Brunner, F.J (1995): Development of Parenting Alliance Inventory. Journal of Clinical Child Psychology Vol. (24). N(1). Pp34: 40.
157. Abidin, R.R and Wilfong. E., (1991): Parenting Stress and it's Relationship to Child Health Cure, Vol. 18, No 2, PP. 117: 119
158. Abigail, M. J (2004): "The Power of the family alongitudinal investigation of how the home environment influences preschool Language development" p.h.d, University of Michigan.
159. Adams, MR (1992): Childhood Stuttering Under Positive Conditions, American Journal of Speech Language Pathology: Journal of Clinical Practice, 1, P. 5-6.
160. Ashley Craig and Yvonne Tran (2006): Fear of Speaking: Chronic Anxiety and Steering. P. 63: 68.
161. Beech Hr and Fransella F (1968): Research and Experiment In Stuttering Pergamon, London.
162. Blood,G,W. (1995) .A behavioral cognitive therapy program for Adults who stutter: computers and counseling .J. of communication Disorders;vo1. 28,No. Zp .165 _ 180.
163. Bloodstine, Oliver. (1969): A Handbook on Stuttering. Chicago: National Easter Seall Society for Crippled Children and Adults.
164. Budd, K. & Madison, L.S. and George, C.H..(1990). Parents and Therapists as Allies in Behavioral Treatment of Children's Stuttering. Behavior Therapy; Vol. 17, No.5 P.531-540.
165. Carbonell, J.N. (1990): Relationship Between Child Temperaments, Parental Knowledge of Child Development and Parental Stress, Developmental Psychology, Vol. (26) No. (2), P(4793).

166. Cardell, E (2003): Demystifying Stuttering Lore. Journal of Development and Education, Vol. 50 (2), 221: 224.
167. Christine j, Marie; Frankena, Carine j; Kielstra- Van der Schalka & Harrie Boelensb (2004). Experimental treatment of early stuttering. Department of Psychology, Leiden University.
168. Cohen, Ronald (1994): Psychology and Adjustment. Boston: Allyn and Bacon.
169. Conger, D. , Rond; Patterson, Gerald R. ; and Ge, Xiaojia (1995): It Takes Tow to Replicate: Amediational Model for The Impact of Parents' Stress on Adolescent Adjustment. Child Development, Vol. 66, No. 1, Pp. 80: 97.
170. Conture, E. G., (1989): Why Does May Stutter?. Memphis T. N. Speech Foundation of America Pp. 13- 22.
171. Corsini, R (A) (1994): Encyclopedia of Psychology, Vol.1, A wiley- Interscience Publication, John Wiley & Sons.
172. Corsini, R (B) (1994): Encyclopedia of Psychology, Vol.3, A wiley- Interscience Publication, John Wiley & Sons.
173. Deborah Mitchell (2007): Stuttering Can be Stopped. EBSCO Publishing.
174. Dennis Drayna, (2004): Recent Development Highlight Genetic Causes in Speech Disorders, The Australian Foundation of America.
175. Drewes, A (1992): "Parents and teachers of speech/ language impaired preschool children" perceptions of behavioral adaptation and related stress P. h. d Pace University.
176. Eisenhower, Abbey Severance ;Baker, Brucel. ,and Jan Blacher (2009): Children's Delayed Development and Behavior Problems: Impact on Mothers' Perceived Physical Health Across Early Childhood. Social Science & Medicine, Vol. 68, Issue I, January, Pp 89: 99.

177. Fagan, Jay (2007): Adolescent Fathers' Parenting Stress, Social Support, and Involvement With Infants. Journal of Research on Adolescent, Vol. 17, No. 1, Pp. 1: 22.
178. Finn, Patrick (2003): Addressing Generalization and Maintenance of Stuttering in School: A Critical Look. Journal of Communication Disorders, Vol. 36, No. 2, Pp 153- 165.
179. Franken, Marie; Schalk, Caine & Boelens, Harrie (2005). Experimental treatment of early stuttering: a preliminary study. Journal of Fluency Disorders, 30, 189-199.
180. Gard, Carolyn J. (2002): A Break in The Flow of Speech Current Health 2, Vol. 28 Issue 6, P. 18.
181. Gottwald, Sheryl R (2003): Stuttering Treatment in School Developing Family and Teacher Partnerships. Seminars in Speech and Language, Vol. 24, No 1, Pp. 41-45.
182. Guitar, B (1998): " Stuttering " an integrated approach to its nature and treatment " (3rd ed.), London: Willams & Wilkins.
183. Guiter, B. Schaefer, H. and Bond, L. (1992): Parent Verbal Interactions and Speech Rate. J. of Speech and Hearing Res. Vol. 35, No. 2, PP. 742-754.
184. Halme, Nina; Tarkka, Marja – Terttu, Nummi, Tapio and Paivi Astest (2006): The Effect of Parenting Stress on Fathers Availability and engagement. Child Care in Practice, Vol. 12, No. 1, Pp. 13: 26.
185. Hamaguchi, P. M. (2001): Childhood Speech, Language and Listening Problems; What Every Parent Should Know. 2nd (ed). New York; John Wiley &.Sons, Inc.
186. Hamaguchi, Particia McAleer (1996): Childhood Speech, Language, and Listening Problems: Every Parent Should Know.

187. Harris, Vanessia; Onslow, Mark; Packman, Ann; Harrison, Elisabeth & Menzies, Ross (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. Journal of Fluency Disorders, 27, 203-214.
188. Heather, W (2004): Gender Difference in Parenting Stress ana Psychological well Being Between Mothers and Fathers of Children With Disabilities. P.H.D, the University of Manitoba, Canda.
189. Hernadez, Elizabeth Rubalcave (2010): What Percentage of children being Treated for stuttering have concomitant disorders and what is The Preferred method of treatment?, M. A., Texas A&M University-Kingsville.
190. Horton, Dorothy (1999): Treating Anxiety and stammering in an adult through systematic self-Desensitization behavioral therapy: A case study. Unpublished doctoral dissertation, United States International University, College of Arts and Science.
191. Huffman , J.(1994): mescal relation in : R.J. Cosine(Ed) Encyclopedia of psychology ,newyork :*wiley* , (2) p. 446.
192. Hunick, Wendy; Langevin Marilyn; Kully, Deborah; Grammans, Kess; Peters, Herman & Hulstijn, Wouter (2006): The relationship between pre-treatment clinical profile and treatment outcome in an integrated stuttering program. Journal of Fluency Disorders, 31, 43-63.
193. Hunick, Wendy; Langevin, Marilyn; Kully, Deborah; Grammans, Kees; Peters, Herman & Hulstijn, Wouter (2006): The Relationship Between Pre-treatment Clinical Profile and Treatment Outcome in An Integrated Stuttering Program. Journal of Fluency Disorders, 31, 43: 63.
194. Ingham, J. Martin, K. And Tracy S. (2001): Evaluation of a stuttering treatment based on reduction of short phonation interval Journal Of Speech, Language And Hearing Research, Vol. 44, No 6, p. 1229.

195. Ingham, Roger (2004): Emerging Controversies, Findings and Directions in Neuroimaging and Developmental Stuttering: On Avoiding Petard Hoisting in Athens Georgia (In) Bothe, Anne (Ed). Evidence Based Treatment of Stuttering Empirical Bases and Clinical Applications. London, Lawrence Erlbaum Associates, PP 27: 63.
196. Irani, Farzan (2010): Amixed methods approach To evaluating Treatment out comes for an eclectic approach to intensive stuttering Therapy, ph. D., Bowling Green State University.
197. Ispa, Jean; Sable, Marjorie R. ; Porter, Noriko and Csizmadia, Annamaria (2007): Pregnancy Acceptance, Parenting Stress, and Toddler Attachment in Low Income Black Families. Journal of Marriage and Family, Vol. 69, February, Pp 1: 13.
198. Jang, Erin Michelle. (2008). Lidcombe Program: Effectiveness of Parent Training on Preschool-aged Children's Stuttering. M.A. Dissertation. USA. California State University.
199. Johnson, W (1955): Stuttering i Children and Adults, Thirty Years of Research at The University of Iowa, University of Minnesota Press, Minneapolis.
200. Jones, Mark; Onslow, Mark; Harrison, Elisabeth & Packman, Ann (2000). Treating stuttering in young childen: Predicting treatment time in the Lidcombe Program. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 43, 1440-1450.
201. Joshi, Anupama and Gutierrez, Bertha J (2006): Parenting Stress in Hispanic Adolescents. North American Journal of Psychology, Vol. 8, No 2, Pp 209: 216.
202. Kaplan M. , Robert; Sallis F, and Patterson, Thomas L. (1993): Health and Human Behavior, New York: Mc Graw – Hill, Inc.
203. Kazidan, A (2000): Encyclopedia of Psychology, Vol. 3, American Psychological Association, Oxford University Press.

204. Kehoe, Thomas (2006): No Miracle Cures A multifactoral Guide to Stuttering Therapy. United States of America, University College Press.
205. Kelly, E. M., and Conture, E G (1992): Speaking Rates Response Time Latencies and Interrupting Behaviors of Young Stuttering, Non Stutters and Their.
206. Kent, Raymond (2004). The MIT encyclopedia of communication Disorders. London, The MIT Press.
207. Kent, Raymond (2004): The MIT Encyclopedia of Communication Disorders. London, The MIT Press.
208. Kotby, M; Moussa, A; El-Sady, S & Nabieh, A (2003): A comparative study between certain behavioral methods in treatment of stuttering. International Congress Series, 1240, p. 1243-1249.
209. L.G Anthony et al., (2005): The Relationship Between Parenting Stress, Parenting Behavior and Preschoolers Social Competence and Behavior Problems in The Classroom Infant and Child Development. Department of Psychiatry, University of Mary land. School of Medicine: John Willy & Sons.
210. Langevin, Marilyan, Hunick, Wendy; Kully, Doborah; Peters, Herman; Lomheim, Holly of Tellers, Marian (2006): A cross-cultural, long-term outcome evaluation of the ISTAR comprehensive stuttering program across Dutch and Canadian adults who stutter. Journal of Fluency Disorder, 31, 229-256.
211. Lindsey, Eric W.; Yvonne M Caldera and Laura Tankersley (2009): Marital Conflict and The Quality of Young Children's Peer Play Behavior: The Mediating and Moderating Role of parent- Child Emotional Reciprocity and Attachment Security. Journal of Family Psychology, Vol. 23, Issue 2, April, Pp 130: 145.
212. Loucks, Torrey & Mark, John, (2002): PhD. Sensor motor Function in Persons Who Stutter: Evidence of Kinesthetic Deficit. Canada: University of Toronto.

213. Mallard, A.R. (1998): Using Problem Solving Procedures in Family Management of Stuttering. J. of Fluency Disorders. Vol. 18, No. 1, PP.81-108.
214. Manning, Walter H. (2009): Clinical Decision Making in Fluency Disorders. Canada: Cengage Learning, Inc.
215. Matsumoto, D. (2009): The Cambridge Dictionary of Psychology. Cambridge; Cambridge University Press.
216. Meyers, S. C and Freeman, F (1985): Are Mothers of Stutters Different? AM Investigation of Social Communicative. Vol. 10, Pp.. 193- 209.
217. Misri, Shaila and Reebye, Pratibha (2006): The Impact of Treatment Intervention on Parenting Stress in Postpartum Depressed Mothers: A Prspective Study. American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 76, No. 1, Pp 115: 116.
218. Monzios, R & Onsio (1999): " Anxiety and Stuttering". American Journal of Speech & Language Pathology. Vol. 8. Pp 3:10.
219. Moore, Charity G. ; Probst, Janice C, ; Tompkins, Mark; Cuffe, Steven; and Martin, Amy B. (2005): Poverty, Stress, and Violent Disagreements in The Home Among Rural Families. Columbia: South Carolina Rural Health Research Center.
220. Natke, V et al. (2003): "Realization of Linguistic Stress in preschool Children Who Stutter and Controls" Proceedings The 4th World Congress of Fluency Disorders. August. (14-15) Montreal. Canda.
221. Nicolosi, L., Harryman, E., & Kresheck, (1996): Terminology of Communication Disorders: Speech-Language- Hearing, (PP. 262: 264), Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
222. Noel, Melanie; Peterson, Carole; and Jesso, Beulah (2008): The Relationship of Parenting Stress and Child Temperament to Development Among Economically Disadvantaged Preschoolers Child Language, Vol. 35, Pp 823: 843.

223. O' Brian; Mark Onslow; Angela Cream & Ann Packman (2003): The Camperdown Program, Outcomes of a New Prolonged- Speech Treatment Model. Journal of Speech Language, and Hearing Research, Vol. 4614, PP. 933 (14).
224. Onslow, M. (1994): A Control Experimental Trial of an Operant Treatment for Early Stuttering. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 37, No. 6, PP. 1244-1259.
225. Onslow, M.; Burnham, D. & Sarah, W. (2002): Psychological Impact of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention, International Journal of Language and Communication Disorders, Vol. 37, No. 1, pp.31-44.
226. Palenzuela, S. A. (1994): Intervention Based on External Contingencies as Psychological Treatment in a Case of Stuttering in a Young Child (Spanish) Analisisy Modification De Conducata; Vol. 19, No. 64, PP. 287-298.
227. Pellowshki, M, and Couture G, 2002 Characteristics of Speech Disfluency and Stuttering Behaviors In 3 and J Years Old Children Journal of Speech Language, and Hearing Research Vol. 95. P.P 20:34.
228. Preston ms, Andrew (2005): Parental stress and maladjustment in children with short stature. Clinical pediatrecs, Vol. 44, No. 4, PP 327-331.
229. Ratner, B.N & Silverman, S (2000): "Parental Perceptions of Children's Communicalive Development at Stuttering onset". Journal of Speech, Language and Hearing Research. Vol (43) October. PP 1252-1263.
230. Ratner, N. B. (1992): Measurable outcomes of instructions to modify normal parent - child verbal interactions.
231. Rebhah, F (2005): The Effect of Cognitively Based Parent Training Intervention on Parental Stress. P.H.D, University of Tulsa.
232. Reddon, Jan - E, Mc Donald, Linda, Kysela, and Gerard-M (1992) Parental coping and family stress Resources for functioning of families with preschool child

having a developmental disability Early child development and care Vol. 83 1-26.
233. Reynolds, C & Janzen, E (2000): Encyclopedia of Special Education, Second Edition, John Wiley & Sons, New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto.
234. Reynolds, Cecil R. & Janzen, Elaine(2007). Encyclopedia of Special Education: A reference for The Education of Children, Adolescents, and Adults with Disabilities and Other Exceptional Individuals. Vol. 1. New York, John Wiley & Sons, Inc.
235. Rice L., Philip (1998): Health Psychology. New York: Book/ cole Publishing Company.
236. Robert M. Kroll & Luc F. DeNil, (2006): The Australian Foundation of America, Neural Bases of Stuttering and its Treatment.
237. Robert, B (1993): Adult Development, New York, Millan Publishing Company.
238. Roedigr L., Henry (1984): Psychology. Boston: Little, Brown and
239. Rustin, L. & Cook, F. (1995): Parental Involvement in the Treatment of Stuttering. J. of Language, Speech & Hearing Services in the Schools. Vol. 26, No. 2, PP. 127-137.
240. Sarafino, P.E. (2002): Health Psychology Biopsychosocial Interactions. (4th ed.), New York: Jon Willey & Sons.
241. Scher, Anata and Sharabany, Ruth (2005): Parenting Anxiety and Stress: Does Gender Play Apart at 3 Months of Age?. The Journal of Genetic Psychology, Vol. 166, No. 2, Pp. 203: 213.
242. Schwartz, M (1976): Stuttering Solved, J.B. Lippincott Company, Philadelphia and New York.
243. Shenker, Rosalee (2004): Bilingualism in Early Stuttering: Empirical Issues and Clinical Implications (In) Bothe, Anne (Ed). Evidence-Based Treatment of Stuttering

Empirical Bases and Clinical Applications. London, Lawrence Erlbaum Associates, PP 81: 96.
244. Shirley & Sparks (1987): Birth Defects and Speech Disorders. California: Hill Press.
245. Simons L. , Ronad (1996): Understanding Differences Between Divorced and Intact Families. California: Sage Publications, Inc.
246. Skwok & Wong (2000): Mental Health of Parents With Young Children in Hong Kong: The Roles of Parenting Stress and Parenting Self. Efficacy. Journal of Child and Family Social Work. N (5), Pp 57: 65.
247. Smith S., Thyme K., (1978): Accent Metoden Special Paedagogisk Farlag Herning.
248. Sommer, M., Wischer, S., Tergan, F. & Paulus, W, (2003): Normal Intracortical Excitability in Developmental Stuttering. Mov. Disorders, 18, 826- 830.
249.Stadelman, Steohanie (2007): Associations Between Family Relationships and Symptoms / Streing at Kindergarten Age. Child Psychology and Psychiatry, Vol. 48, No. 10, Pp. 996: 1004.
250. Stephen, W. A. (1995): Criss Intervention With Children and Families, Hemishere Publishing Corphation, New York.
251. Thomas David Kehoe (2006): No Miracle Cures - A multifactoral Guide to Stuttering Therapy, University College Press. P. 6: 8.
252. Thomas, Carys & Howell, Peter (2001): Assessing Efficacy of Stuttering Treatments, Journal of Fluency Disorders, 26, 311: 333.
253. Trajkowski, Natasha; Andrews, Chery; O'Brian, Sue; Onslow, Mark & Packman, Ann. (2006). Treating Stuttering in Apreschool Child With Syllable Timed Speech: Acase Report. Behaviour Change. Vol, 23. Issue, (4).
254. Trajkowski, Natasha; Andrews, Chery; O'Brian, Sue; Onslow, Mark; Menzies, Roos & Packman, Ann. (2009). Using Syllable-Timed Speech to Treat Preschool Children

Who Stutter: Amultiple Baseline Experiment. Journal of Fluency Disorders. Vol, 34. Issue, (1). pp, 1-10.
255. Tree Beehr (1995): Psychological Stress in The Work Place London. London: Scott, Foresman and Company.
256. Van Riper (1982): Nature of Stuttering (3rd ed) Engle Wood Clifts NJ: Prentice- Hall.
257. Weigel, Megan (2013): Adolescents Who Stutter: Perceptions of effective Therapy Techniques, M.A., Duquesne University.
258. Weiss, Amy, Patricia (1992): Disfluencies in the conversations of young children who stutter - some answers about question, journal of Speech and Hearing Research, Dec, Vol, 8. no, 3, pp. 233-243.
259. Williams, D. (1989): What Do I Tell People About My Child's Stuttering? Memphis. T. N Speech Foundation of America, Pp. 33- 42.
260. Wingate, M (1976): Stuttering Theory and Treatment, Irvington Publishers, Inc., New York.
261. Wingate, M. E. (2002): Foundations of Stuttering. Sydney Children's Hosp., Speech Pathology Dept., Sydney, Australia.
262. Wingte (2002): Foundations of Stuttering. San Diego: Academic Press.
263. Woods, S; Shearsby, J.; Onslow, M. and Burnham, D. (2002): Psychological Impact of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. J. of Language and Communication Disorders. Vol. 37, No. 1, PP. 31-40.
264. Yamada, Jun & Homma, Takanobu (2007): A simple and Effective Treatment for Stuttering: Speech Practice without Audience. Medical Hypotheses, 69, 1196: 1199.
265. Yaruss, J Scott; Coleman, Craig & Hammer, David. (2006). Treating Preschool Children Who Stutter: Description and Preliminary Evaluation of a Family-Focused Treatment Approach. Language, Speech, and Hearing Services in Schools. Vol. 37, pp. 118-1.

الملاحــق

- ملحــق (١) مقيــاس المســتوى الإقتصــادى الثقــافى والإجتماعى للأسرة (إعداد محمد بيومى خليل).
- ملحق (٢) اختبـار الـذكاء (إعداد جود انـف هـاريس, تفنين فاطمة حنفى ١٩٨٣).
- ملحق (٣) ضغوط الوالديـة (إعداد أبيـدين Abidin, ترجمة فيولا الببلاوي, ١٩٨٨).
- ملحــق (٤) مقيــاس التلعــثم لــدى أطفــال مــا قبــل المدرسة/ إعدادالباحثة.
- ملحق (٥) استمارة التحكيم على مقياس التلعثم.
- ملحــق (٦) أســماء الســادة المحكمــين علــى مقيــاس التلعثم.
- ملحــق (٧) اتفــاق المحكمــين علــى عبــارات مقيــاس التلعثم.
- ملحق (٨) مقياس التلعثم فى صورته النهائية.
- ملحق (٩) برنامج التدخل المبكر / إعداد الباحثة.
- ملحق (١٠) صورة شهادة الباحثة لإجتياز دورة معهد السمع والكلام ٢٠١٤-٢٠١٦

ملحق (١)

مقياس المستوي الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة المصرية

إعداد/ محمد محمد بيومي خليل (٢٠٠٣)

التعليمات:

١. اكتب الرقم الذي حدده لك الباحث.

٢. أجب حسب ما يطلب منك فقط.

٣. استجب بكل صدق وأمانـة لكل بنود المقياس. (فمعلوماتك بين يد أمينة)

الرقم الكودي : ....

النـوع : ....

ذكـر : ....

أنثـي : ....

أولا : المستوي الاجتماعي للأسرة :

١. الوسط الاجتماعي :ضع دائرة حول ما يمثل حالتك:

إقامتك الدائمة مع أسرتك في:

كفور ونجوع وقرى	مراكز الأقاليم			عواصم الأقاليم		
	حي شعبي	متوسط	راق	حي شعبي	متوسط	راق
	مراكز العواصم الكبرى			العواصم الكبرى		
	حي شعبي	متوسط	راق	حي شعبي	متوسط	راق

الدرجة = توقيع المصحح

٢. حالة الوالدين :ضع دائرة حول ما يمثل حالة والديك:

الحــالة	الدرجة	الحــالة	الدرجة
الوالدان متوفيان		أحد الوالدين متوفي	
الوالدان منفصلان بالطلاق		الوالد يعيش مع الوالدة بالإضافة إلى زوجات أخري	
الوالدان يعيشان معا دون زوجات أخري		توقيع المصحح	

٣. العلاقات الأسرية :ضع دائرة حول ما يمثل شكل العلاقات بين أفراد أسرتك:

طرفا العلاقة	شكل العلاقــة				الدرجة
الوالدان	متوترة	مقبولة	طيبة	نموذجية	
الوالدان والأبناء	متوترة	مقبولة	طيبة	نموذجية	
الأبناء وبعضهم	متوترة	مقبولة	طيبة	نموذجية	

الدرجة = توقيع المصحح

٤. المناخ الأسري السائد :ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب المناخ الأسري السائد في أسرتك:

المناخ السائد	الدرجة	المناخ السائد	الدرجة
الأمن والأمان		الشك والخيانة والخوف والفزع	
التضحية والإيثار		الأنانية و الفردانية	
الحب والتراحم		الكراهية والحقد	
الانضباط والالتزام		التسيب والاستهتار واللامبالاة	
		الدرجة الكلية	

الدرجة = توقيع المصحح

٥. حجم الأسرة :ضع دائرة حول المستوي الذي يمثل عدد أفراد أسرتك المعالين فقط:

الدرجة	عدد أفراد الأسرة المعالين
	١ – ٣ أفراد
	٤ – ٦ أفراد
	أكثر من ٦ أفراد

الدرجة=　　　　　　　　　　　　توقيع المصحح

٦. المستوي التعليمي لأفراد الأسرة :(اذكر المستوي التعليمي لجميع أفراد أسرتك).

الدرجة	المستوي التعليمي	أفراد الأسرة
		الوالد
		الوالدة
		الأخوة والأخوات: ١. ٢. ٣.

الدرجة =　　　　　　　　　　　　توقيع المصحح

٧. النشاط المجتمعي لأفراد الأسرة :ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب حالتك:

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
عضوية المؤسسات المجتمعية للأسرة أو بعض أفرادها عضوية: ▪ الساحات الشعبية. ▪ الجمعيات الخيرية والدينية. ▪ التنظيمات الشعبية المحلية. ▪ النقابات المهنية والعمالية. ▪ الأحزاب السياسية. يشغل أحد أفراد أسرتي مركزا قياديا بالمؤسسات المجتمعية السابقة علي مستوي: ▪ القرية / الحي. ▪ المركز / المدينة. ▪ المحافظة. ▪ المستوي القومي. ▪ عضوية مجلس الشعب أو الشورى		حصل بعض أفراد أسرتي علي نياشين أو أوسمة أو أنواط أو جميعها وذلك في: ▪ الطبقة الأولي. ▪ الطبقة الثانية. ▪ جائزة الدولة التقديرية في العلوم والفنون والآداب. ▪ جائزة الدولة التشجيعية في العلو والفنون والآداب. ▪ جائزة التفوق. ▪ جائزة نوبل.	

الدرجة =   توقيع المصحح

ثانيا : المستوي الاقتصادي للأسرة :

أ. المستوي المهني للأسرة :اكتب مهن أفراد أسرتك (العاملين فقط):

أفراد الأسرة العاملين	المهنة	*** مستوي المهنة		
		* درجة دخل المهنة	**درجة مكانة المهنة	الدرجة الكلية
الوالد الوالدة الأخوة والأخوات: ١. ٢. ٣. ٤. ٥.				

* تحسب درجة دخل المهنة ضمن المستوي الاقتصادي للأسرة.

** تحسب درجة المكانة الاجتماعية للمهنة ضمن المستوي الاجتماعي للأسرة.

***المستوي المهني للأسرة.

$$\frac{\text{مجموع درجات دخل المهنة لأفراد الأسرة + مجموع درجات مكانة المهنة لأفراد الأسرة}}{\text{عدد أفراد الأسرة}}$$

ب. مستوي معيشة الأسرة :

١. مستوي السكن: ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب السكن الذي تعيش فيه مع أسرتك:

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
▪ إسكان شعبي. ▪ إسكان متوسط. ▪ إسكان لوكس. ▪ إسكان سوبر لوكس.		السكن: ▪ إيجار. ▪ ملك / تمليك ▪ لكل صغير في الأسرة تتوفر شقة المستقبل	

الدرجة = توقيع المصحح

٢. مستوي الأثاث:ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب حالة أثاث أسرتك:

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
أثاث متواضع. أثاث عادي. أثاث متوسط. أثاث فخم. ويتكون من:		بعض قطع الأثاث طقمي (نوم ، صالون) أطقم (نوم ، صالون ،سفرة) أطقم (نوم ، صالون ، سفرة ، مكتب) طقم كامل لحجرة كل طفل	

الدرجة = توقيع المصحح

٣. مستوي الأجهزة والأدوات المنزلية:ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب حالة الأجهزة والأدوات المنزلية لأسرتك:

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
المطبخ: بوتاجازات/ خلاطات/ فرامات/ عصارات/ ثلاجات/ ديب فريزر/ بعض قطع أدوات المطبخ/ أطقم كاملة لأدوات المطبخ. أجهزة التنظيف: غسالات عادية/ نصف أتوماتيكية/ غسالات أطفال/ غسالات أطباق/ غسالات أتوماتيكية/ مكانس كهربائية. التدفئة والتبريد: مرواح/ دفايات/ أجهزة تكييف.		الترفيه والإعلام والهوايات: راديو/ كاسيت/ تليفزيون عادي/ تليفزيون ملون/ فيديو كاسيت/ كاميرا فيديو/ كمبيوتر/ بيانو منزلي/ دراجات بخارية/ أدوات لعب للأطفال كافية/ أحواض سمك/ طيور زينة/ مكتبة منزلية. ▪ أجهزة وأدوات رياضية. ▪ قطط سيامي/ كلاب وولف.	

الدرجة =   توقيع المصحح

٤. استهلاك الأسرة من الطاقة (شهريا):ضع دائرة حول المستوي الذي يمثل استهلاك أسرتك من الطاقة شهريا بشكل تقريبي دقيق (في جميع أغراض الحياة).

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
البوتاجاز: ٢أنبوبة ٣ – ٤ أنابيب أكثر من ٤ أنابيب		الكيروسين: أقل من ٢٠ لترا ٢٠ – ٤٠لترا أكثر من ٤٠لترا	
الكهرباء أقل من ٥٠كيلو وات / ساعة ٥٠ – ١٥٠ كيلو وات / ساعة أكثر من ١٥٠ كيلو وات / ساعة		الغاز الطبيعي: أقل من ٣٠ مترا مكعبا ٣٠ – ٦٠مترا مكعبا أكثر من ٦٠ مترا مكعبا	
البنزين أقل من ٣٠٠ لتر ٣٠٠ – ٤٠٠ لتر أكثر من ٤٠٠ لتر		الطاقة الشمسية: يتوفر بالمنزل مصدرا للطاقة الشمسية	

الدرجة الكلية =   توقيع المصحح

٥. التغذية والرعاية الصحية والعلاج الطبيعي: ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب حالة أسرتك .

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
التغذية: كوب الحليب يتوفر للجميع كل صباح اللحوم الحمراء والبيضاء متوفرة: ▪ يوميا ▪ ٣ – ٤ مرات أسبوعيا ▪ مرتان أسبوعيا ▪ مرتان في الشهر ▪ مرة في الشهر ▪ في المواسم والمناسبات والأعياد فقط		مياه الشرب: ▪ معدنية ▪ عادية	
		ويتم الحصول علي المواد الغذائية عن طريق: ▪ الشراء بالسعر الحر ▪ البطاقة التموينية الحمراء ▪ البطاقة الفئوية والخضراء	
		الرعاية الصحية: ▪ يوجد طبيب خاص بالأسرة ▪ يتم فحص طبي دوري شامل لجميع أفراد الأسرة سنويا	
الخضراوات والفواكه تأكلها: ▪ بشاير ▪ بعد انتشارها		العلاج الطبي: يتم علاج أفراد الأسرة: ▪ بالمستشفيات الحكومية المجانية ▪ التأمين العلاجي ▪ المستشفيات التخصصية داخل الوطن ▪ العلاج بالخارج علي نفقة الأسرة.	
الخبز: ▪ سياحي / لوكس ▪ عادي			

الدرجة الكلية = توقيع المصحح

٦. وسائل النقل والاتصال:ضع دائرة حول المستوي الذي يمثل ما تستخدمه أسرتك من وسائل النقل والاتصال:

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
وسائل النقل: ▪ الدواب ▪ النقل العام ▪ تاكسي الأجرة سيارات الملاكي: ▪ فارهة ▪ متوسطة ▪ عادية ▪ متواضعة		وتمتلك الأسرة: ▪ سيارة واحدة ▪ سيارتان ▪ لكل بالغ في الأسرة سيارته الخاصة الاتصالات: تمتلك الأسرة ▪ هاتف منزلي ▪ هاتف سيارة ▪ اشتراكه: محلي / مباشر / دولي ▪ أجهزة محمول	

الدرجة الكلية =　　　　　　　　　　توقيع المصحح

٧. إنفاق الأسرة علي التعليم ومستوي الخدمات التعليمية:ضع دائرة حول المستوي الذي يمثل ما تنفقه الأسرة علي التعليم والخدمات التعليمية:

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
يتلقــي أفــراد أســرتك تعلــيمهم بمعاهد تعليم: ▪ حكومية مجانية ▪ خاصة بمصروفات داخل الوطن ▪ التعليم بالخارج علي نفقة الأسرة عنـدما يحتـاج أحد أفراد الأسـرة مساعدة علمية ▪ يشترك في مجموعات تقوية مخفضة أو مجانية		▪ يتلقي دروسا خصوصية مع مجموعة ▪ يحضر مدرسا خاصا له فقط إلى المنزل والأدوات المدرسية والوسائل التعليمية: ▪ كافية ▪ غير كافية	

الدرجة الكلية = توقيع المصحح

٨. الخدمات الترويحية: ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب حالتك:

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
يتم التنزه والسياحة داخل الوطن: ▪ بالمصايف ▪ المشاتي خارج الوطن: ▪ بالمصايف ▪ المشاتي بمصايف ومشاتي: ▪ راقية ▪ متوسطة ▪ شعبية		تقضـي الأسـرة أمسـياتها المرحة عن طريق: ▪ مشاهدة عروض الفيديو ▪ مشاهدة العروض المسرحية ▪ مشـاهدة عـروض الكازينوهـات والملاهـي والمسارح والحفلات الغنائية	

الدرجة الكلية =   توقيع المصحح

٩. الاحتفالات والحفلات:ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب حالتك:

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
تقيم الأسرة حفلاتها للمناسبات المختلفة ▪ بالمنزل ▪ الأندية، والنقابات، ودور الضيافة ▪ الفنادق الكبرى		ومظهر الاحتفالات: ▪ استفزازي مبهر فخم متوسط بسيط	

الدرجة الكلية =   توقيع المصحح

١٠. الخدمات المعاونة:ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب حالتك:

المستوي	الدرجة	المستوي	الدرجة
تستعين الأسرة لمعاونتها في مهامها بـ: ▪ خادم / خادمة ▪ مربية أطفال		▪ طباخ ▪ سائق ▪ بواب / حارس / جنايني	

الدرجة الكلية = توقيع المصحح

١١. المظهر الشخصي والهندام لأفراد الأسرة :ضع دائرة حول المستوي الذي يناسب حالتك:

المستوي	الدرجة
الملابس: لكل فرد من أفراد الأسرة : ▪ ١ – ٢ غيار كامل طوال العام ▪ ٣ – ٤ غيارات كاملة طوال العام ▪ ٤ – ٦ غيارات كاملة طوال العام ▪ أكثر من ٦ غيارات كاملة طوال العام وهي: ▪ أحدث صيحة ▪ حديثة ▪ عادية ▪ متواضعة الحلي وأدوات الزينة: ▪ للجنسين من أفراد الأسرة ▪ للنساء فقط وهي: ▪ من الأنواع النادرة ▪ من الأنواع الشائعة ▪ من الأنواع المتواضعة	

الدرجة الكلية = توقيع المصحح

ثالثا : المستوي الثقافي للأسرة :

فيما يلي مجموعة من العبارات تمثل المستوي الثقافي للأسرة، ويوجد أمام كل عبارة ميزان تقدير يتدرج علي النحو التالي:

دائماً – أحياناً – نادراً

والمطلوب منك وضع علامة (✓) أمام العبارات تحت المستوي الذي يمثل حالة أسرتك فإذا كانت العبارة تنطبق علي أسرتك دائما فضع علامة (✓) أمام العبارة تحت مستوي (دائماً) وإذا كانت العبارة تنطبق أحيانا علي أسرتك فضع علامة (✓) أمام العبارة تحت مستوي (أحيانا) وإذا كانت نادراً ما تنطبق علي أسرتك، ضع علامة (✓) أمام العبارة تحت المستوي (نادراً).

م	العبـــارة	الاستجـابة		
		دائما	أحيانا	نادرا
١	يغلب علي مجالس أسرتي الأحاديث ذات الطابع العلمي المعرفي.			
٢	تلقي البرامج الثقافية في المجالات المختلفة التي تبثها وسائل الإعلام اهتماما خاصا من أسرتي.			
٣	لا يخلو بيتنا من الجرائد اليومية والمجلات المتنوعة.			
٤	تعتبر أسرتي المرض النفسي مس من الشيطان.			
٥	تشجع أسرتي أبناءها علي المشاركة في الأنشطة المتنوعة			
٦	داخل المعاهد العلمية وخارجها.			
٧	تعتبر أسرتي الفنون رجس من عمل الشيطان وتحرم ممارستها.			
٨	تعتقد أسرتي في قدرة العرافين والمشعوذين الحاذقة في علاج المرضي.			
٩	ترفض أسرتي تماماً فكرة مساواة المرأة بالرجل.			
١٠	تتفاعل أسرتي مع الأحداث المحلية والعالمية، وتنفعل بها.			
١١	تحترم أسرتي نظام البيئة وتحرص علي جمالها وسلامتها.			
١٢	تحرص أسرتي علي التوازن بين مطالب البدن والعقل والروح.			
١٣	يحمل أفراد أسرتي التمائم والتعاويذ معهم حيثما كانوا جلبا للحظ وحماية من الأخطار والنكبات.			
١٤	تقدر أسرتي قيمة الوقت وتحرص علي حسن استغلاله.			
١٥	تسلي أسرتي صغارها بالقصص الدين ،سير العظماء، الخيال العلمي.			
١٦	تؤمن أسرتي بالمثل القائل "اصرف ما في الجيب يأتيك ما في الغيب".			
١٧	تحترم أسرتي الرأي الأخر ولو تعارض مع أفكارها.			
١٨	تحرم أسرتي دراسة الفلسفة بدعوى تعارضها مع الدين.			
١٩	يتسمح أفراد أسرتي بقبور الأولياء ويقدمون عندهم النذور تحقيقا للأماني ودفعا للأذى، وانتقاما من الأعداء.			
٢٠	النظام والتنظيم أسلوب سائد بين أفراد أسرتي.			

م	العبـــارة	الاستجـابة		
		دائما	أحيانا	نادرا
٢١	يتأثر أفراد أسرتي بالشائعات ويندفعون وراءها دون رؤية.			
٢٢	يفسر أفراد أسرتي جميع الظواهر والمواقف بشكل خرافي.			
٢٣	يرفض أفراد أسرتي التحاور ، ويحسمون المواقف بأيديهم.			
٢٤	القول الفصل والكلمة العليا لرأي العلن، في أي موقف يهم أسرتي.			
٢٥	تسيطر العاطفة علي العقل في معظم قرارات أسرتي.			
٢٦	القيمة الحقيقية للفرد في نظر أسرتي بما يملكه من أموال.			
٢٧	تحترم أسرتي العلم والثقافة وتجل العلماء والمثقفين، وتقدر دورهم.			
٢٨	تنظر أسرتي للدراسات الإنسانية علي أنها عديمة الجدوى في حياة الأفراد والمجتمع.			
٢٩	تعتبر أسرتي الإنفاق علي الهوايات الفنية والأدبية للأبناء ضرورة يجب الوفاء بها.			
٣٠	يفضل أفراد أسرتي جلسة مزاج علي حضور مجلس علم وثقافة.			
٣١	في أي موقف لا تأخذ أسرتي بالظن أو التخمين، وتحترم الاحتمال العلمي..			
٣٢	تعتبر أسرتي تعليم البنت مفسدة لها، وتحرم تعليمها.			
٣٣	للعقل سطوته، وللمنطق سلطانه علي شهوات، ونزوات أفراد أسرتي.			
٣٤	تمقت أسرتي التعصب الأعمى، والتحيز الظالم ، وتحبذ الموضوعية في كل أمر.			
٣٥	يحرص أفراد أسرتي علي متابعة الاختراعات والاكتشافات العلمية.			
٣٦	يتمسك أفراد أسرتي بالقديم الموروث لمجرد أنه قديم موروث.			
٣٧	من العيب أن يتنازل أفراد أسرتي عن آرائهم ولو ثبت لهم خطأها.			

م	العبـــارة	الاستجـابة		
		دائما	أحيانا	نادرا
٣٨	تشجع أسرتي الهوايات العلمية، والترحال في طلب العلم والمعرفة.			
٣٩	تفضل أسرتي الوصفات البديلة، وحلقات الزار علي العلاج الطبي والنفسي.			
٤٠	أي قرار في أسرتي جمعي وليد البحث والدراسة المتأنية.			
٤١	يلهث أفراد أسرتي خلف اللذات الوقتية، والمغريات الزائفة.			
٤٢	التواكلية والاتكال سبيل أفراد أسرتي لتحقيق آمالهم.			
٤٣	الزوجة في نظر أسرتي خادمة تابعة وليست شريكة حياة.			
٤٤	تعتبر أسرتي الثقافة والمعرفة إحدى حاجاتها الأساسية فهي غذاء العقل والروح.			
٤٥	نظر أفراد أسرتي تحت أقدامهم، ولايمتدون ببصرهم نحو المستقبل.			
٤٦	ينبهر أفراد أسرتي بمظهر أي ثقافة وافدة دون الوعي بجوهرها.			
٤٧	تجمع ثقافة أسرتي بين الأصالة والمعاصرة في قالب نموذجي.			
٤٨	يتوفر قدر كبير من الوعي بقضايا المجتمع لدي أفراد أسرتي.			
٤٩	تنظر أسرتي للثقافة علي أنها بضاعة خاسرة لا تطعم خبزا، وليس هذا زمانها.			
٥٠	تفخر أسرتي أن من بين أعضائها من له نشاط ثقافي ملحوظ.			

الدرجة الكلية =　　　　　　　　توقيع المصحح

التصحيح

المستوي	الدرجة
الاجتماعي	
الاقتصادي	
الثقافي	
الاجتماعي / الاقتصادي / الثقافي العام	

توقيع المصحح

ملحق (٢)

اختبار رسم الرجل للذكاء (إعداد جود إنف هاريس, تقنين فاطمة حنفي ١٩٨٣)

تعليمات الاختبار:

التأكيد بأن مع كل تلميذ قلم رصاص وقطعة من الورق الأبيض – يكتب كل تلميذ على الورقة اسمه واسم فرقته.

بدأ الاختبار تصف الباحثة للأطفال بأن يرسموا رجل وتقول لهم كل واحد يرسم بمفرده ولم يغش من الآخر وحاولت الباحثة بوضعهم في أماكن متفرقة وحينما ينتهي المعاق من الرسم تقوم الباحثة بجمع الورق وتصحيح الاختبار.

المفردات الـ ٧٣ التي يتألف منها المقياس

م	المفردة	م	المفردة	م	المفردة
١	وجود الرأس	٢٧	الوضع الصحيح للإبهام	٥٣	التناسب في الساقين
٢	وجود الرقبة	٢٨	وجود اليدين (راحة اليد)	٥٤	تناسب وجود الأطراف من بعدين
٣	وجود الرقبة من بعدين	٢٩	معصم اليد أو مفصل الساق	٥٥	الملابس (١) عام
٤	وجود إحدى العينين أو كليهما	٣٠	وجود الذراعين	٥٦	الملابس (٢) وجود قطعتين
٥	تفاصيل العين (الرموش والحواجب)	٣١	الأكتاف (١) عام	٥٧	الملابس (٣) عدم الشافية
٦	تفاصيل العين (إنسان العين)	٣٢	الأكتاف (٢) دقيق	٥٨	الملابس (٤) وجود أربع قطع
٧	تفاصيل العين (النسب)	٣٣	الذراعان من الجانب أو ترابطهما في نشاط	٥٩	الملابس (٥) ملابس كاملة
٨	تفاصيل العين (بريق واتجاه العين)	٣٤	مفصل المرفق (الكوع)	٦٠	الرسم الجانبي، أو البروفيل (١) عام.
٩	وجود الأنف	٣٥	وجود الساقين	٦١	الرسم الجانبي، أو البروفيل (٢) دقيق
١٠	وجود الأنف من بعدين	٣٦	الفخذ (١) عام	٦٢	الوجه الكاملة للشخص من الأمام
١١	وجود الفم	٣٧	الفخذ (٢) دقيق	٦٣	التوافق الحركي للخطوط

م	المفردة	م	المفردة	م	المفردة
١٢	وجود الشفاه من بعدين	٣٨	وجود مفصل الركبة	٦٤	التوافق الحركي للاتصال.
١٣	وجود الشفاه والأنف معاً من بعدين	٣٩	وجود القدمين	٦٥	أفضل توافق حركي
١٤	وجـود كـل مـن الـذقن والجبهة	٤٠	التناسب في أبعاد القدم	٦٦	الشكل والخطوط المباشرة (١) إطار الرأس
١٥	بـروز الـذقن ووضـوح تباينها عن الجزء السفلى للشفاه.	٤١	كعب القدم	٦٧	الشكل والخطوط المباشرة (٢) إطار الجذع
١٦	توضيح خط الفك.	٤٢	الرسـم المنظـورى القـدم (الرسم المواجه للقدم)	٦٨	الشكل والخطوط المباشرة (٣) إطار الذراعين والساقين.
١٧	قنطـرة الأنـف (منحنـى الأنف)	٤٣	تفاصيل القدم	٦٩	الشـكل والخطـوط المباشـرة (٤) ملامح الوجه
١٨	وجود الشعر (عام)	٤٤	اتصـال الذراعين والسـاقين بالجذع (١) عام	٧٠	الكروكيات (الاسكتش)
١٩	الشـعر فـي أكثـر مـن محيط	٤٥	اتصـال الذراعين والسـاقين بالجذع (٢) دقيق	٧١	الأسلوب (الرسم النموذجي الكامل)
٢٠	نموذج للشعر (سـوالف، خصل)	٤٦	وجود الجذع	٧٢	توضيح حركة الذراعين
٢١	تنسـيق وتضـليل نمـوذج للشعر	٤٧	تناسب الجذع من بعدين	٧٣	توضيح حركة الساقين
٢٢	وجود الأذن	٤٨	تناسب الرأس مع الجذع (١) عام		
٢٣	تناســب الأذن فــي موضوعها الصحيح من الرأس	٤٩	تناسب الرأس مع الجذع (٢) دقيق		
٢٤	وجود الأصابع	٥٠	التناسب في أبعاد الوجه		
٢٥	العدد الصحيح للأصابع	٥١	التناســب فــي أبعــاد الذراعين (١) عام		
٢٦	تفاصيل الأصابع	٥٢	التناســب فــي أبعــاد الذراعين (٢) دقيق		

ملحق (٣)
مقياس ضغوط الوالدية (إعداد أبيدين Abidin, تقنين فيولا الببلاوي, ١٩٨٨)

التعليمات:

يعطى الآباء قدرا كبيرا من جهدهم فى تربية أبنائهم, والآباء فى ذلك يتبعون أساليب مختلفة, ولهم مواقفهم معهم, وتوقعاتهم منهم, ومشاعرهم نحوهم, ونظرتهم الخاصة إليهم وغير ذلك من الخبرات الوالدية فى التعامل مع الأبناء.

وفيما يلى عدد من الأسئلة التى تتضمن هذه الأمور المختلفة, والمطلوب منك أن تفكر جيدا فى ابنك (أو ابنتك) وفى الظروف والمواقف المختلفة التى عشتها معه, وأن تجيب على كل سؤال من هذه الأسئلة بحيث تكون اجابتك معبره عن خبراتك ومواقفك ومشاعرك نحو ابنك. واذا لم تجد اجابة تعبر عنك بالضبط, فلا تترك سؤالا دون جواب, بل أذكر الاجابة الأقرب إلى ذهنك أو توقعاتك أو تصرفاتك أزاء الموقف الذى يتصمنه السؤال.

لاحظ انك فى اجابتك على كل سؤال, عليك أن تحدد درجة موافقتك أو عدم موافقتك على كل عبارة من العبارات, وذلك بأن تضع علامة × داخل الدائرة التى تعبر تعبيرا دقيقا عن حقيقة خبراتك أو مواقفك أو مشاعرك, وذلك فى الورقة الخاصة بصحيفة الإجابة, كما يلى:

١	٢	٣	٤	٥
موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة

مثال:"أن تربية الأبناء أصعب مما كنت أتوقع". فإذا كنت مثلا موافق على هذه العبارة, فإنك تضع العلامة × داخل الدائرة التى تحمل الرقم (٢) على النحو التالى:

(١)　　(×)　　(٣)　　(٤)　　(٥)

وهكذا عند الرقم الذى ينطبق عليك بشأن هذه العبارة.

أقلب الصفحة وأبدأ الإجابة

مقياس ضغوط الوالدية

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
١	حينما يطلب ابنى (ابنتى) شيئا, فإنه عادة ما يستمر فى محاولاته للحصول على ما يريده.					
٢	ابنى (ابنتى) نشيط إلى درجة أن نشاطه يرهقنى.					
٣	يبدو ابنى (ابنتى) غير منظم ومن السهل أن يتشتت إنتباهه.					
٤	إذا قارنت ابنى (ابنتى) بمعظم الأطفال الآخرين, أجد أنه يلاقى صعوبة فى أن يركز إنتباهه.					
٥	يبقى ابنى (ابنتى) فى الغالب مشغولا بلعبة من اللعب لأكثر من عشر دقائق.					
٦	يقضى ابنى (ابنتى) وقتا كثيرا خارج المنزل أكثر مما كنت أتوقع.					
٧	ابنى (ابنتى) كثير النشاط بدرجة أكبر مما كنت أتوقع.					
٨	يبدى ابنى (ابنتى) ضيقا ومقاومة شديدتين حينما يلبس أو يستحم.					
٩	يمكن أن يتشتت ابنى (ابنتى) بسهولة عن الشئ الذى يريده.					
١٠	من النادر أن يقوم ابنى (ابنتى) بعمل أشياء من أجلى تخدل السرور أو الإرتياح النفسى.					
١١	أشعر فى معظم الأوقات أن ابنى (ابنتى) يحبنى ويريد أن يكون قريبا منى.					
١٢	أشعر فى بعض الأوقات أن ابنى (ابنتى) لا يحبنى ولا يريد أن يكون قريبا منى.					
١٣	يبتسم ابنى (ابنتى) لى أقل بكثير مما كنت أتوقع.					
١٤	حينما أفعل شيئا لأجل ابنى (ابنتى) أشعر بأن جهودى لا تلقى تقديرا كبيرا منه.					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
١٥	ماهى العبارة التى تصف ابنى (ابنتى) وصفا دقيقا من بين العبارات التالية؟ (١) فى الغالب يحب أن يلعب معى دائما. (٢) فى بعض الأحيان يحب أن يلعب معى. (٣) فى العادة لا يحب أن يلعب معى. (٤) من الغالب لا يحب أن يلعب معى أبدا.					
١٦	أن ابنى (ابنتى) يصرخ ويهتاج: (١) أقل بكثير مما كنت أتوقع. (٢) أقل مما كنت أتوقع. (٣) كثيرا مثلما كنت أتوقع تقريبا. (٤) أكثر بكثير مما كنت أتوقع. (٥) يبدو ذلك فى الغالب كحالة مستمرة عنده.					
١٧	من الظاهر أن ابنى (ابنتى) يصرخ ويهتاج غالبا أكثر من معظم الأطفال.					
١٨	عندما يلعب ابنى (ابنتى), فإنه فى الغالب لا يبتهج أو يضحك.					
١٩	عادة ما يستيقظ ابنى (ابنتى) من النوم وهو فى مزاج سئ.					
٢٠	أشعر أن ابنى (ابنتى) متقلب المزاج ومن السهل أن يصير قلقا او مضطربا.					
٢١	يبدو ابنى (ابنتى) مختلفا بعض الشئ عما كنت أتوقع, وهذا مما يضايقنى فى بعض الأحيان.					
٢٢	يبدو أن ابنى (ابنتى) ينسى ما تعلمه فى الماضى فى بعض المجالات ويرتد إلى الوراء ليفعل أشياء مميزة للأطفال الأصغر منه سنا.					
٢٣	أعتقد أن ابنى (ابنتى) لا يتعلم بسرعة خلافا لمعظم الأطفال.					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
٢٤	أعتقد ابنى (ابنتى) لا يبتسم كثيرا خلافا معظم الأطفال.					
٢٥	يفعل ابنى (ابنتى) بعض الأشياء التى تضايقنى كثيرا.					
٢٦	أن ابنى (ابنتى) ليست لديه المقدرة على العمل بنفس القدر الذى كنت أتوقعه.					
٢٧	لا يحب ابنى (ابنتى) من أحد أن يحتضنه أو يحمله كثيرا.					
٢٨	حينما أنجبت ابنى (ابنتى), ساورنى الشك فى قدرتى على أن أقوم بواجباتى والتزاماتى كام (أو كأب).					
٢٩	عندما صرت أبا (أو أما), كان هذا بالنسبة لى أمرا أصعب مما كنت أعتقد.					
٣٠	أشعر بقدرتى وكفاءتى حينما أقوم على رعاية ابنى (ابنتى).					
٣١	يواجه ابنى (ابنتى) صعوبات كثيرة فى أن يتأقلم مع التغيرات التى تحدث من حوله بدرجة أكبر من معظم الأطفال.					
٣٢	حينما يحدث شئ على غير ما يريده ابنى (ابنتى), فإن رد الفعل لديه يكون قويا للغاية.					
٣٣	أن وجود ابنى (ابنتى) مع أشخاص آخرين هو فى العادة مشكلة كبيرة.					
٣٤	يتضايق ابنى (ابنتى) لأبسط الأشياء.					
٣٥	يلاحظ ابنى (ابنتى) بسهولة الأصوات العالية والأضواء الناصعة ويستجيب لها أكثر من اللازم.					
٣٦	أن تحديد نظام ابنى (ابنتى) فى النوم أو الأكل كان أصعب كثيرا مما كنت أتوقع.					
٣٧	أن ابنى (ابنتى) يتجنب فى العادة أن يلعب بلعبة جديدة لفترة قليلة من الوقت قبل أن يبدأ اللعب بها.					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
٣٨	من الصعب على ابنى (ابنتى) أن يعتاد على الأشياء الجديدة, ويستغرق ذلك منه وقتا طويلا.					
٣٩	لا يبدو الإرتياح على ابنى (ابنتى) حينما يقابل أشخاصا غرباء.					
٤٠	حينما يكون ابنى (ابنتى) فى حالة من التوتر أو الضيق, فإنه: (١) من السهل تهدئته. (٢) من الصعب تهدئته أكثر مما كنت أتوقع. (٣) من الصعب جدا تهدئته. (٤) لا يساعد أى شئ أفعله فى تهدئته.					
٤١	لقد وجدت أنه حينما أطلب من ابنى (ابنتى) أن يفعل يئا ما أو يتوقف عن عما شئ ما, فإظن هذا الطلب: (١) أكثر صعوبة مما كنت أتوقع. (٢) أصعب بعض الشئ مما كنت أتوقع. (٣) صعب مثلما كنت أتوقع تقريبا. (٤) أسهل بعض الشئ مما كنت أتوقع. (٥) أكثر سهولة مما كنت أتوقع.					
٤٢	يفعل ابنى (ابنتى) بعض الأشياء أو التصرفات التى تضايقك. فكر جيدا وأحسب عدد هذه الأشياء أو التصرفات, ومنها مثلا أنه يضيع وقته أو يتوانى عن واجباته, يعصى الأوامر أو التوجيهات, زائد النشاط, يحدث إزعاجا أو يقاطع الآخرين أثناء الحديث أو العمل, يتشاجر, يئن وينتحب, الخ. والمطلوب منك أن تكتب عدد هذه الأشياء أو التصرفات التى أحصيتها وذلك كما يلى: ١- من ١ إلى ٣ ٢- من ٤ إلى ٥					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
	٣- من ٦ إلى ٧ ٤- من ٨ إلى ٩ ٥- أكثر من ١٠					
٤٣	حينما يصرخ ابنى (ابنتى), فإن ذلك يستغرق عادة: ١- أقل من دقيقتين. ٢- من ٢- ٥ دقائق. ٣- من ٥- ١٠ دقائق. ٤- من ١٠- ١٥ دقيقة. ٥- أكثر من ١٥ دقيقة.					
٤٤	يفعل ابنى (ابنتى) بعض الأشياء أو التصرفات التى تسبب لنفى الحقيقة كثيرا من الضيق أو القلق.					
٤٥	يتعرض ابنى (ابنتى) لمشكلات صحية أكثر مما كنت أتوقع.					
٤٦	كلما كبر ابنى (ابنتى) وأصبح أكثر اعتمادا على نفسه, فإنى أجد نفسى أكثر قلقا عليه من أنه سوف يتعرض لأذى أو يقع فى مشكلة.					
٤٧	لقد أصبح ابنى (ابنتى) مشكلة أكثر مما كنت أتوقع.					
٤٨	تبدو العناية ابنى (ابنتى) أصعب بكثير من معظم الأطفال.					
٤٩	ابنى (ابنتى) متعلق بى دائما.					
٥٠	يفرض ابنى (ابنتى) مطالب على أكثر مما يفعل معظم الأطفال.					
٥١	لا أستطيع إتخاذ قرارات بدون مساعدة.					
٥٢	لقد أصبحت عندى مشكات كثيرة تتعلق بتربية الأطفال أكثر مما كنت أتوقع.					
٥٣	إنى سعيد بكونى أما (أبا).					
٥٤	أشعر بنجاحى معظم الوقت حينما أحاو أن					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
	أجعل ابنى يفعل أو يتوقف عن عمل شئ ما.					
٥٥	منذ أن رزقت بابنى الأخير, أجد نفسى غير قادر على العناية به عناية جيدة كما كنت أعتقد ذلك. إنى أحتاج إلى مساعدة.					
٥٦	أشعر فى الغالبى أنى لا أستطيع أن أعالج الأمور على نحو سليم.					
٥٧	حينما أمعن النظر فى نفسى كأم (أو كأب), أعتقد: ١- أنى أستطيع معالجة أى شئ يمكن أن يحدث. ٢- أنى أستطيع معالجة معظم الأشياء بطريقة سليمة إلى حد ما. ٣- رغم أنه فى بعض الأحيان تساورنى شكوك فى قدرتى على معالجة معظم الأشياء, لكنى أجد أنى أعالجها بدون أية مشاكل. ٤- تساورنى بعض الشكوك فى قدرتى على معالجة الأشياء. ٥- لا أعتقد إطلاقا أنى أعالج الأشياء بطريقة سليمة.					
٥٨	أشعر أنى: ١- أم (أب) حسن جدا. ٢- أحسن من معظم الأمهات (الآباء). ٣- مثل معظم الأمهات (الآباء). ٤- أواجه بعض الصعوبات أو المشكلات المتعلقة بدورى كأم (كأب). ٥- لست حسن جدا فى قيامى بدورى كأم (كأب).					
٥٩	ما هو أعلى مستوى فى تعليمك وفى تعليم زوجك (زوجتك) قد وصلتا إليه؟					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
	بالنسبة للأم: ١- تعليم إبتدائى. ٢- تعليم إعدادى. ٣- تعليم ثانوى أو ثانوى فنى أو شهادة متوسطة. ٤- تعليم جامعى. ٥- دراسات عليا بعد الجامعة.					
٦٠	**بالنسبة للأب:** ١- تعليم إبتدائى. ٢- تعليم إعدادى. ٣- تعليم ثانوى أو ثانوى فنى أو شهادة متوسطة. ٤- تعليم جامعى. ٥- دراسات عليا بعد الجامعة.					
٦١	إلى أى حد يكون من السهل عليك أن تفهم ما يريده أو يحتاجه ابنك؟ ١- سهل جدا. ٢- سهل. ٣- صعب بعض الشئ. ٤- صعب جدا. ٥- لا أستطيع عادة أن أفهم أو أحدد ماهية المشكلة التى يواجهها ابنى.					
٦٢	أنها لمهمة تستغرق وقتا طويلا من الوالدين كى تنشأ لديهما مشاعر الدفء والحنان نحو أطفالهما.					
٦٣	لقد توقعت أن تتكون عندى مشاعر دفء وحنان نحو ابنى أكثر مما لدى, وهذا ما يضايقنى.					
٦٤	فى بعض الأحيان يفعل ابنى أشياء تضايقنى لأنى أشعر كما لو أنى مجرد وسيلة أو أداة له.					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
٦٥	حينما كنت صغيرا, لم أشعر بإرتياح على الإطلاق من أن أحمل طفلا على يدى أو أن أتولاه بالعناية.					
٦٦	أن ابنى يريدنى ويحتاج إلى أكثر مما يريده أو يحتاجه من الأشخاص الآخرين.					
٦٧	أن عدد ما لدى الآن من أبناء كثير للغاية.					
٦٨	أن معظم حياتى أقضيها فى أن أعمل من أجل ابنى.					
٦٩	أجد نفسى أعطى الكثير من حياتى لتلبية احتياجات أبنائى أكثر مما كنت أتوقع.					
٧٠	أشعر أنى فى مأزق بسبب مسئولياتى كأم (كأب).					
٧١	أشعر غالبا بأن الحاجات اللازمة لابنى (ابنتى) تتحكم فى حياتى.					
٧٢	منذ أن رزقت بابنى (ابنتى) هذا أصبحت غير قادر على أن أقوم بعمل أشياء جديدة ومتنوعة.					
٧٣	منذ أن رزقت بطفل أشعر فى معظم الأحوال بأنى غير قادر على أن أعمل الأشياء التى أحب أن أعملها.					
٧٤	من الصعب أن أجد مكانا فى منزلنا يمكننى فيه أن أنفرد بنفسى.					
٧٥	حينما أنظر إلى نفسى كأم (كأب), يتملكنى فى الغالب احساس بالذنب أو شعور سئ نحو نفسى.					
٧٦	أنى غير سعيد بما قمت بشرائه لنفسى من ملابس فى لبفترة الأخيرة.					
٧٧	حينما يتصرف ابنى تصرفا غير سليم أو يحدث حالة من الاهتياج أو الفوضى بشكل زائد, أشعر بمسئوليتى فى ذلك, كما لو أنى لم أفعل شيئا سليما.					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
٧٨	أشعر بأنه فى كل مرة يفعل فيها ابنى شيئا خاطئا, بأن ذلك هو فى الحقيقة خطأ منى.					
٧٩	أشعر غالبا بالذنب من الطريقة التى أشعر بها نحو ابنى.					
٨٠	هناك أشياء قليلة تجعلنى أشعر بالقلق على حياتى.					
٨١	لقد شعرت بحزن واكتئاب أكثر مما كنت أتوقع بعد ميلاد ابنى.					
٨٢	أشعر بالذنب بشدة حينما أغضب من ابنى وهذا ما يضايقنى.					
٨٣	بعد ميلاد ابنى بشهر تقريبا لاحظت أنى كنت أشعر بحزن واكتئاب أكثر مما كنت أتوقع.					
٨٤	قد لاحظت أنه منذ أن رزقت بأبنى, أن زوجى (زوجتى) لا يقدم لى مساعدة وعونا بالقدر الذى كنت أتوقعه.					
٨٥	لقد ترتب على انجابنا لطفلنا نشأة مشكلات فى علاقتى مع زوجى (زوجتى) أكثر مما كنت أتوقع.					
٨٦	منذ أن رزقنا بطفلنا فإنى وزوجى (زوجتى) لم نعد نتشارك معا فى عمل أشياء كثيرة.					
٨٧	منذ أن رزقنا بطفلنا فإنى وزوجى (زوجتى) لم نعد نقضى وقتا كثيرا مع بعضنا كأسرة خلافا لما كنت أتوقع.					
٨٨	لقد قل اهتمامى بالجنس منذ أن رزقت بابنى الأخير.					
٨٩	يبدو أن المشكلات مع الأقارب قد أخذت تزداد بعد أن رزقنا بطفلنا.					
٩٠	لقد أدى وجود أطفال لدينا إلى زيادة تكاليف المعيشة أكثر مما كنت أتوقع.					
٩١	أشعر أنى وحيدة (وحيد) وبدون معارف وأصدقاء.					

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
٩٢	حينما أذهب إلى حفلة أتوقع عادة أنى لن ابتهج بها.					
٩٣	لم أعد أهتم بالناس مثلما كنت معتادا على الاهتمام بهم.					
٩٤	أشعر غالبا بأن الناس الآخرين ممن هم فى مثل سنى لا يحبون صحبتى على وجه الخصوص.					
٩٥	حينما تواجهنى مشكلة تتعلق برعاية أطفالى يمكننى أن ألجأ إلى بعض الأشخاص طلبا لمساعدة أو مشورة.					
٩٦	منذ أن صار عندى أطفال قلت الفرص لرؤية أصدقائى ولعمل صداقات جديدة.					
٩٧	خلال الشهور الستة الماضية كانت صحتى معتلة أككثر من العادة أو كانت لدى آلالم وأوجاع أكثر مما هو عندى فى الظروف العادية.					
٩٨	أشعر بأن صحتى جيدة معظم الوقت.					
٩٩	لقد أدى وجود طفل لدى إلى إحداث تغيرات فى نظام نومى.					
١٠٠	لم أعد أسعد بشئ خلافا لما اعتدت عليه.					
١٠١	منذ أن رزقت بابنى: ١- أصبحت صحتى عليلة بدرجة كبيرة. ٢- لم أشعر بأن صحتى جيدة. ٣- لم ألاحظ أية تغيرات فى صحتى. ٤- أصبحت أكثر صحة.					

تابع مقياس ضغوط الوالدية (١٩) بندا اختيارياً كمقياس فرعي لضغوط الحياة

خلال العام الأخير, هل وقع فى أسرتك أى من الاحداث الآتية؟ نرجو منك أن تسجل فى صحيفة الإجابة أى حدث من هذه الأحداث وذلك بأن تضع علامة × داخل الدائرة الموجودة بجوار الرقم:

م	العبارة	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
١٠٢	طلاق.					
١٠٣	تسوية خلافات زوجية.					
١٠٤	زواج.					
١٠٥	إنفصال.					
١٠٦	حمل.					
١٠٧	قريب من أقاربنا انتقل ليعيش معنا.					
١٠٨	زيادة الدخل زيادة كبيرة (٢٠% أو أكثر).					
١٠٩	الوقوع تحت عبء ديون كبيرة.					
١١٠	الإنتقال إلى مكان جديد.					
١١١	من الترقية فى العمل.					
١١٢	إنخفاض الدخل إنخفاضا كبيرا.					
١١٣	الوقوع فى مشكلات إدمان لخمور أو مخدرات.					
١١٤	موت صديق عزيز للأسرة.					
١١٥	بداية عمل جديد.					
١١٦	دخول مدرسة جديدة.					
١١٧	مشكلات مع الرؤساء فى العمل.					
١١٨	مشكلات مع المدرسين فى المدرسة.					
١١٩	مشكلات قانونية.					
١٢٠	موت عضو من أعضاء الأسرة.					

ملحق (٤)

مقياس التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة

(إعداد الباحثة)

تعليمات المقياس:

يتكون المقياس من أربعة أبعاد تغطى أبعاد التلعثم (المظاهر الفسيولوجية- المظاهر الإنفعالية- المظاهر الإجتماعية- المظاهر السلوكية) ويصلح هذا المقياس للتطبيق على ، وقد راعت الباحثة عند إعدادها لهذا المقياس أن تكون عباراته سهلة وواضحة ومباشرة ولا تحتمل حدوث تداخل فى فهم معانيه.

ويوجد أمام كل عبارة عدد من الإختيارات تمثل الفئات التالية على الترتيب (أوافق- متردد- غير موافق) وتعطى الدرجات٠ (٣-٢-١-٠) على التوالى.

ويتم حساب الدرجة الكلية للمفحوص بجمع درجاته فى الأبعاد الأربعة المكونة للمقياس ، وذلك بوضع علامة (√) أمام العبارة فى الخانة التى يراها الطفل تنطبق عليه.

*** المظاهر الفسيولوجية:**

أنها شعور الطفل المتلعثم بالأضطراب عندما يتحدث مع الأخرين, ويشعره ذلك برعشة وتشنج وأحمرار فى الوجه والخوف عند بداية الحديث مما يعجز عن نطق بعض الكلمات.

م	العبارة	أوافق	متردد	غير موافق
١	يرتعش عندما يتحدث مع الأخرين.			
٢	يشعر بالاضطراب عندما يتحدث مع الأخرين.			
٣	يصعب عليه التحكم فى اللعب أثناء الحديث.			
٤	يتشنج عندما يتحدث.			
٥	يحمر وجهة عند الحديث.			
٦	يشعر بالخوف عند بداية الكلام.			
٧	يصعب عليه النطق ببعض الكلمات عند الحديث.			
٨	ينتابه شعور بالضيق عند الروضة.			
٩	يحدق عينيه عند الحديث مع الأخرين			

* المظاهر الإنفعالية:

أنها قدرة الطفل المتلعثم على التحدث مع الأخرين بسهولة بدون إضطراب وعدم شعوره بالخوف من الغرباء, وسهولة فهم الأخرين حديثه.

م	العبارة	أوافق	متردد	غير موافق
١	يضطرب بسهولة عندما يتحدث مع الأخرين.			
٢	ينتابه شعور بالخوف عندما يلعب مع الأخرين.			
٣	ينتابه الخوف إذاطلب منه الحديث أمام الأخرين.			
٤	يشعر بالنقص عندما يرى الأطفال الأخرين يتحدثون بطلاقة.			
٥	ينتابه شعور بالخوف من الغرباء.			
٦	تدمع عيناهبسهولة عندما لا يستطيع الحديث أمام الأخرين.			
٧	ينتابه شعور بالغضب عندما لا يفهم الأخرين حديثه.			
٨	يغضب بسرعة إذا انتقض أحد حديثه.			
٩	يشعر بصعوبة فى التنفس أثناء الكلام.			

* المظاهر الاجتماعية:

أنها قدرة الطفل المتلعثم على التحدث مع الأخرين, وتوجيهم أثناء اللعب مما يدل على ثقته بنفسه أثناء الكلام.

م	العبارة	أوافق	متردد	غير موافق
١	يستسلم للأخرين عندما يعتدون عليه.			
٢	يخاف عندما يلعب مع الأخرين.			
٣	يلتصق بوالديه عند رؤية الغرباء.			
٤	يثق بنفسه وهو يتحدث.			
٥	يخاف الحديث أمام الغرباء.			
٦	يحاول جذب الأخرين أثناء اللعب.			
٧	يصعب عليه توجيه الأخرين أثناء اللعب.			
٨	يجلس فى المقاعد الخلفية.			

<u>* المظاهر السلوكية:</u>

أنها قدرة الطفل المتلعثم على استخدام الإشارات الجسمية للتعبير عما بداخله عندما لا يستطيع الحديث مع الأخرين مما ينتابه شعور بالغضب, ويرفض تلقى الأوامر من الأخرين.

م	العبارة	أوافق	متردد	غير موافق
١	يستخدم الإشارات الجسمية للتعبير عما بداخله.			
٢	يحطم ما أمامه عندما لا يستطيع التحدث مع الأخرين.			
٣	يكون عنيفا مع الأخرين فى بعض المواقف.			
٤	ينفعل عندما يتلقى الأوامر من الأخرين.			
٥	يرقل الأرض بقدمه عندما لا يستطيع التحدث.			
٦	يبكى عندما يعجز عن التعبير عن نفسه.			
٧	يغضب عندما يرفض والده طلبه.			
٨	يعتدى على أخواته عندما لا يستطيع التحدث معهم.			

ملحق (٥)
استمارة التحكيم على مقياس التلعثم

السيد الدكتور /

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفضضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة

تحت إشراف أ . د . شادية أحمد عبد الخالق

وفى ضوء ذلك قامت الباحثة باعداد هذه النسخة المبدئية من مقياس التلعثم لدى اطفال مرحلة ما قبل المدرسة .

ويتكون المقياس من ٤ ابعاد

١- البعد الأول :- المظاهر الفسيولوجية .

٢- البعد الثانى :- المظاهر الإنفعالية .

٣- البعد الثالث :- المظاهر الإجتماعية .

٤- البعد الرابع :- المظاهر السلوكية .

ونظرا لرأى سيادتكم وجزاتكم الواسعه فى هذه المجال نرجو من سيادتكم التكرم بقراءة كل بعد والعبارات التى تنتمى إليه وإبداء رأيكم فى التالى .

* ملائمة العبارات للبعد التى تنتمى إليه .

* مدى ملائمة الصياغة اللغوية للعبارات .

ولكم منا جزيل الشكر

ملحق (٦)

أسماء السادة المحكمين على مقياس التلعثم

م	الاسم	القسم	الكلية	الجامعة
١	أ.د/ أشرف أحمد عبد القادر	الصحة النفسية	التربية	بنها
٢	أ.د/آمال عبد السميع باظة	الصحة النفسية	التربية	كفر الشيخ
٣	أ. د/ حسام الدين محمود عزب	الصحة النفسية	التربية	عين شمس
٤	د/السيد أحمد الكيلانى	الصحة النفسية	التربية	عين شمس
٥	أ. د/شادية أحمد عبد الخالق	علم النفس	البنات	عين شمس
٦	د/شاهيناز إسماعيل عبدالهادى	علم النفس	البنات	عين شمس
٧	أ. د/ صبحى عبد الفتاح الكفوري	الصحة النفسية	التربية	كفر الشيخ
٨	أ.د/نبيلة أمين أبو زيد	علم النفس	البنات	عين شمس
٩	أ.د/نصرة محمد عبد المجيد	علم النفس	التربية	كفر الشيخ
١٠	د/وليد السيد خليفة	علم النفس	التربية	الأزهر

[*] تم ترتيب الأسماء وفقاً للترتيب الأبجدي

ملحق (٧)

اتفاق المحكمين على عبارات مقياس التلعثم

م	مناسبة	غير مناسبة	تعدل	النسبة المئوية	م	مناسبة	غير مناسبة	تعدل	النسبة المئوية	م	مناسبة	غير مناسبة	تعدل	النسبة المئوية
١	١٠			١٠٠%	١٢	٨	١	١	٨٠%	٢٣	١٠			١٠٠%
٢	١٠		١	٩٠%	١٣	٨	١	١	٨٠%	٢٤	٩		١	٩٠%
٣	٨		٢	١٠٠%	١٤	٨	١	١	٨٠%	٢٥	٩	١		٩٠%
٤	٨	١	١	٨٠%	١٥	٨	١	١	٨٠%	٢٦	١٠			١٠٠%
٥	٩	١		٩٠%	١٦	١٠			١٠٠%	٢٨	١٠			١٠٠%
٦	٩		١	٩٠%	١٧	٨	١	١	٨٠%	٢٨	٨	١	١	٨٠%
٧	٨	١	١	٨٠%	١٨	٩		١	٩٠%	٢٩	٨	١	١	٨٠%
٨	٨	١	١	٨٠%	١٩	٨		٢	٨٠%	٣٠	١٠			١٠٠%
٩	٩		١	٩٠%	٢٠	٨		٢	٨٠%	٣١	١٠			١٠٠%
١٠	١٠			١٠٠%	٢١	٩		١	٩٠%	٣٢	١٠			١٠٠%
١١	٩	١		٩٠%	٢٢	١٠			١٠٠%					

ملحق (٨)

مقياس التلعثم فى صورته النهائية

م	العبارة	أوافق	متردد	غير موافق
١	يرتعش عندما يتحدث مع الأخرين.			
٢	يحمر وجهة عند الحديث.			
٣	يضطرب بسهولة عندما يتحدث مع الأخرين.			
٤	ينتابه شعور بالخوف من الغرباء.			
٥	يستسلم للأخرين عندما يعتدون عليه.			
٦	يخاف الحديث أمام الغرباء.			
٧	يستخدم الإشارات الجسمية للتعبير عما بداخله.			
٨	يرقل الأرض بقدمى عندما لا يستطيع التحدث.			
٩	يشعر بالاضطراب عندما يتحدث معا الأخرين.			
١٠	يشعر بالخوف عند بداية الكلام.			
١١	ينتابه شعور بالخوف عندما يلعب مع الأخرين.			
١٢	تدمع عيناهبسهولة عندما لا يستطيع الحديث أمام الأخرين.			
١٣	يخاف عندما يلعب مع الأخرين.			
١٤	يحاول جذب الأخرين أثناء اللعب.			
١٥	يحطم ما أمامه عندما لا يستطيع التحدث مع الأخرين.			
١٦	يبكى عندما يعجز عن التعبير عن نفسه.			

م	العبارة	أوافق	متردد	غير موافق
١٧	يصعب عليه التحكم فى اللعب أثناء الحديث.			
١٨	يصعب عليه النطق ببعض الكلمات عند الحديث.			
١٩	ينتابه الخوف إذاطلب منه الحديث أمام الأخرين.			
٢٠	ينتابه شعور بالغضب عندما لا يفهم الأخرين حديثه.			
٢١	يلتصق بوالديه عند رؤية الغرباء.			
٢٢	يصعب عليه توجيه الأخرين أثناء اللعب.			
٢٣	يكون عنيفا مع الأخرين فى بعض المواقف.			
٢٤	يغضب عندما يرفض والده طلبه.			
٢٥	يتشنج عندما يتحدث.			
٢٦	ينتابه شعور بالضيق عند الروضة.			
٢٧	يشعر بالنقص عندما يرى الأطفال الأخرين يتحدثون بطلاقة.			
٢٨	يغضب بسرعة إذا انتقض أحد حديثه.			
٢٩	يثق بنفسه وهو يتحدث.			
٣٠	يجلس فى المقاعد الخلفية.			
٣١	ينفعل عندما يتلقى الأوامر من الأخرين.			
٣٢	يعتدى على أخواته عندما لا يستطيع التحدث معهم.			

ملحق (٩)

برنامج التدخل المبكر

" فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ما قبل المدرسة"

إعداد الباحثة

حنان محمد ابراهيم خلف

جلسات البرنامج

الجلسة الأولى

موضوع الجلسة : التعارف

أهداف الجلسة:

١- تحقيق قدر مناسب من التعارف بين الباحثة وأمهات أطفال ما قبل المدرسة المتلعثمين.

٢- تحقيق الألفة بين الباحثة وأمهات أطفال ما قبل المدرسة المتلعثمين وبين أمهات أطفال ما قبل المدرسة المتلعثمين بعضهم البعض.

٣- تقديم بعض الاعتبارات الأدبية والأخلاقية للبرنامج.

٤- الاتفاق على تحديد مواعيد الجلسات القادمة.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة : المحاضرة والمناقشة – الواجب المنزلي

الإجراءات: تسير الجلسة وفق الخطوات التالية:

- الترحيب بأعضاء المجموعة في بداية أول لقاء بعبارات مشجعة على الاستمرار حتى نهاية الجلسات.

- حدوث التعارف بين الباحثة وأمهات أطفال ما قبل المدرسة المتلعثمين بعضهم بعضاً من خلال السماح لهم بالحوار معاً في صورة ثنائيات مع تبادل في الأفراد فيما بينهم.

- خلق جو من الآلفة والتقبل والثقة المتبادلة بين أعضاء الجماعة من جهة وبينهن وبين الباحثة من جهة أخرى. ويتم تحقيق ذلك كما يلي:

- تحاول الباحثة خلق جو من الآلفة والانسجام والاتفاق والتوافق بين أفراد الجماعة من أجل التغلب على انفعالات من قبيل الخجل والخوف والقلق لوجود أعضاء أخريات تتعامل معهن لأول مرة.

- تبدأ الباحثة في إدارة حوار مع أعضاء الجماعة تسمح فيه لكل أم بالتحدث عن نفسها وعن ظروفها وحياتها وعلاقاتها بطفلها وكيفية قضاء وقتها وحل مشكلات ابنها.
- تبتعد الباحثة تماما عن روح الإستجواب ومحاولة الحصول على استجابات لا ترغب أحدى الأعضاء الحديث عنها، فالأمر في الجلسة الأولى هو زيادة التعارف والآلفة والمودة بين أعضاء الجماعة.

- يتم تقديم بعض الاعتبارات الأخلاقية والأدبية داخل وخارج الجلسات تتضمن:

- أن تحترم كل عضوه كيان الجماعة وتبذل قصارا جهدها لمساعدة ومعاونة العضوات الأخريات. وهذا يعنى أن تنتبه كل أم وتنصت لما تقوله الأخرى ولا تبخل بأي جهد في مساعدة وتأييد أعضاء الجماعة داخل الجماعة. أما خارج الجماعة فعلى كل عضوه ألا تتحدث عما يدور داخل الجماعة.
- أن تعمل كل عضوه في الجماعة قدر استطاعتها على استمرار وبقاء هذا البرنامج. وهذا يعنى اهتمام كل عضوه في الجماعة بحضور كل الاجتماعات بدون تغيب وأن تظل متحمسة وتبقى في الجماعة حتى نهاية الجلسات ولا تتغيب ولا تتراجع أو تحجم عندما يأتي دورها في فعل شيء ما في الجماعة.
- أن تبذل كل عضوه قصارى جهدها لكي تفي بواجباتها الأسبوعية وتقوم بها على أكمل وجه.

- الأخذ برأي أمهات أطفال الروضة المتلعثمين بالموافقة على الانضمام والمشاركة بمقترحاتهم.

- توضح الباحثة لأمهات أطفال الروضة المتلعثمين أن نجاح البرنامج يتوقف على التزامهن ورغبتهن في الاستفادة من البرنامج والاشتراك في جميع جلساته والعمل بنشاط داخل وخارج إطار الجماعة.

التقويم:

تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن:

- ماذا استفادت كل منهن من الجلسة، وتستمع لأرائهن في محاولة لزيادة ارتباطهن بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من كل عضوه من أعضاء الجماعة أن تكتب رأيها في العضويتين اللاتي أجرى معهما الحوار كل على حده.
- تنهى الباحثة الجلسة مع الاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية

موضوع الجلسة : التمهيد للبرنامج

أهداف الجلسة:

١- أن تتعرف الأمهات على نظام الجلسات.

٢- أن تتعرف الأمهات على الهدف من البرنامج.

٣- تنشط الباحثة دافعية الأمهات نحو البرنامج.

٤- أن تتمكن كل أم من الحصول على فكرة واضحة عن البرنامج بشكل عام.

٥- أن تقيم الباحثة علاقة بينها وبين الأمهات.

٦- تعريف الأمهات، بالبرنامج، والفنيات، والتدريبات، والأنشطة فيه.

زمن الجلسة : ٤٥-٦٠ دقيقة .

الفنيات المستخدمة في الجلسة : المناقشة الحوار

إجراءات السير في الجلسة:

- تقوم الباحثة باستقبال الأمهات، وترحب بهن، ثم تقوم بتعريف نفسها لهن.

- تطلب الباحثة من الأمهات أن يعرفوا أنفسهن، وأن تحدد الأمهات مشكلات أطفالهن.

- تتيح الباحثة للأمهات عرض المشكلات التي يعاني منها الأطفال، والمشكلات التي يواجهونها والناتجة عن مشكلات الأطفال، سواء في المنزل أو الروضة.

- توضح الباحثة للأمهات أن الهدف من البرنامج هو تقديم المساعدة والخدمات لأطفالهن، ليتغلبوا على المشكلات التي يعانون منها ، مما يساعد في التغلب على المشكلات التي يعاني منها أولياء الأمور في المنزل

- توضح الباحثة أن التدخل هو اتجاه ونظام عالمي طبقته أغلب دول العالم على أطفالها، حيث إنه يساعد في علاج المشكلات التي يعاني منها الأطفال بصفة عامة، وبالتالي فإن الباحثة سوف تستخدم أساليب تدخليه لعلاج المشكلات التي يعاني منها أطفالهن؛ مما يساعدهم في التغلب على مشكلاتهم، وتحسين التواصل ببيئة المنزل، وبيئة الروضة، والتغلب على المشكلات النفسية والإجتماعية التي يعاني منها الأطفال، وتحسين قدراتهم على التحصيل الأكاديمي في ضوء المرحلة الدراسية (رياض الأطفال) الملتحقين بها.

- تقوم الباحثة بإعطاء فكرة عامة عن محتوى البرنامج، والفنيات المستخدمة مثل: الاسترخاء الكلامي والكلام الإيقاعي وتقليد الأصوات والتعميم والنطق المضغي والواجب المنزلي والمحاضرةوالمناقشة والتمييز والتعزيز والتحصين التدريجي.

- تقوم الباحثة بالرد على الاستفسارات التي توجه إليها من جانب الأمهات أثناء الجلسة.

- تؤكد الباحثة للأمهات على ضرورة المواظبة على حضور الجلسات الخاصة بهم، وكذلك متابعة مواظبة حضور الأمهات للجلسات، والالتزام بمواعيدها.

- في نهاية الجلسة تشكر الباحثة الأمهات، وتذكرهن بميعاد الجلسة المقبلة.

الجلسة الثالثة

موضوع الجلسة : أسس التدخل المبكر لتحسين التلعثم

الأهداف :

١- تعريف أمهات أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين بالأسس التي يقوم عليها البرنامج وأهدافه.

٢- تخفيف الضغوط الوالدية من خلال جلسات البرنامج.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة : المحاضرة والمناقشة – الواجبات المنزلية .

إجراءات الجلسة:

- تقوم الباحثة بالترحيب بأمهات أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين في بداية جلسة جديدة.

- توضح الباحثة لأمهات الأطفال المتلعثمين أن التلعثم أمر وارد أن يصاب به أي طفل، ولكن بإذن الله بإتباع التعليمات والتدريبات التي تتم في جلسات هذا البرنامج وتطبيقها في الواجب المنزلي، ستكون فعالة وتأتي ثمارها حيث أن هذه التدريبات جربت لعلاج التلعثم سابقا.

- ومن ثم فالبرنامج له مجموعة من الأسس التي يقوم عليها وهي :-

- **الأسس العامة:** وهي تلك الأسس التي تهتم بمراعاة حق أمهات أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين في الإرشاد، وكذلك حقهم في الحياة بدون ضواغط، وأن التدريب على فنيات البرنامج يحسن التلعثم لدى الأطفال، حيث أن مشكلة التلعثم ليست مشكلة ناتجة عن عيب خلقي أو عضوي أو مرضي, وللطفل حق في العلاج، والأسرة في الإرشاد والتوجيه بخصوص علاج هذا السلوك وتعديله, وتقديم الأنشطة بطريقة متعددة ومتنوعة؛ وذلك لأن التعليم يتناسب طرديا مع تعدد مجالات الأنشطة.

- **الأسس الفسيولوجية :** وهي تلك الأسس التي تنظر إلي أم الطفل على أنها كائن بيولوجي مميز، وأن الأفكار قد تكتسب وتُعدل أو ترسخ في مرحلة مبكرة لدى أمهات أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين من قبل أفراد ذو تأثير عليهن في التخفيف من الضغوط, كما أن العلاج الجيد للتلعثم ينبغي أن يُبنى على أساس تفرد كل طفل وظروفه الخاصة واحتياجاته الحالية والمستقبلية ومدى إدراكه لمشكلته، بمعني أن العلاج ينبغي أن يشتمل على خطة علاج ذات أهداف محددة مع ضرورة عمل متابعة ملائمة لمشكلات الفرد واحتياجاته.
- **الأسس الفلسفية:** وهي تلك الأسس التي تستند على الأصول الفلسفية لنظريات الشخصية والسلوك، والتي تقوم على أن الأحداث في حد ذاتها ليست هي المسئولة عن الضغوط وإنما الطريقة التي يفكر بها الفرد تجاه تلك الأحداث هي التي تسبب الإحساس بالضغوط، وأن علاج التلعثم يأتي بتدريب الأطفال واستخدام فنيات علاجية مختلفة لكي تؤثر في الأطفال، فتساعدهم على إحداث تعبيرات إيجابية في السلوك، حيث أن سلوك الطفل قابل للتعديل والتغير.
- **الأسس الاجتماعية:** وهي تلك الأسس التي تؤمن بفاعلية العمل الجماعي في تحقيق الأهداف المنشودة، لما لها من دور فعال في تحقيق معدلات التوافق وعدم الإحساس بالضغوط ويعتمد برنامج التدخل المبكر على أسلوب الإرشاد الجمعي، والذي يقوم على فهم الإنسان بوصفه كائناً اجتماعيا، وأنه من خلال الجلسات يمكن إتاحة الفرصة للتعبير عن المشاعر والحاجات, وتشجيع الأطفال على المشاركة في الألعاب والأنشطة المقدمة من خلال البرامج.
- **الأسس النفسية والتربوية:** وهي تلك الأسس التي تقوم أساساً على عملية التعليم والتعلم مع مراعاة مطالب النمو في كل مرحلة عمرية وكذلك خصائص النمو اللغوي في هذه المرحلة, وأن خصائص نمو كل مرحلة ما

قبل المدرسة وحاجاتهم واستعداداتهم وميولهم وقدراتهم، ومراعاة الفروق الفردية بين الأطفال, وتدعيم السلوكيات الايجابية تدعيما إيجابيا، وتدعيم السلوكيات السلبية تدعيما سلبيا.

- فتح باب المناقشة والحوار في الأسس التي تقوم عليها البرنامج والهدف العام منها وأهميتها.

- تقوم الباحثة بشرح الهدف العام من البرنامج وهو خفض الضغوط الوالديه، وتحسين التلعثم لدى عينة أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين.

- الاتفاق على موعد الجلسة القادمة مع التأكيد علي :-

- الالتزام بدقة المواعيد.
- ضرورة المناقشة والحوار.
- التعبير عن الأفكار والخواطر دون خوف أو خجل.

التقويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن ماذا استفادت كل منهن من الجلسة، وتستمع لأرائهن في محاولة لزيادة ارتباطهن بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من كل عضوه من أعضاء الجماعة أن تجهز رأيها في البرنامج، وتقيمه .
- تنهى الباحثة الجلسة مع الإتفاق على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة

موضوع الجلسة : تطور النمو اللغوي والعقلي لدي الأطفال

أهداف الجلسة :

١- أن تتعرف الأمهات على طبيعة النمو اللغوي والعقلي لدي الأطفال في مرحلة رياض الأطفال.

٢- أن تتذكر الأمهات طبيعة النمو اللغوي والعقلي.

زمن الجلسة: (٤٠–٤٥) دقيقة.

فنيات الجلسة: الحوار والمناقشة، الواجب المنزلي.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة بتوجيه التحية للأمهات، وتستفسر منهن عن مدى استفادتهن من الجلسة السابقة.

- ثم تتنقل الباحثة إلى موضوع الجلسة الحالية وهو النمو اللغوي والنمو العقلي والنمو المعرفي لدى طفل هذه المرحلة حيث إنه في عمر ماقبل المدرسة يكتمل النمو اللغوي للطفل بصورة كبيرة ممثلا في ثراء محصوله اللفظي ومفرداته اللغوية وفي القدرة على التعبير عن أفكاره بامتلاك مهارات التواصل إلى جانب نمو مهارات القراءة والكتابة.

مظاهر النمو اللغوي للطفل من (٤ –٦) سنوات

تصقل النطق، ترتب الكلمات، استكمال الكلمات، مدة الانتباه والاستماع وتذكر الاتجاهات.

- زيادة رصيد الكلمات، كلمات جيدة بطريقة عفوية في الحديث.
- إعادة سرد القصص وتوضيح التجارب أكثر بطريقة أوسع وأشمل وبشكل مفصل ومتقن أكثر.
- تشارك في المناقشات الجماعية ويشارك في الحديث، وتكون التعليقات مناسبة أكثر للموضوع ومتقن أكثر.
- تبدأ في تعلم الصلة بين الكلمات في اللغة وكذلك الكلمة وعكسها (كبير– صغير، حزين – سعيد) وكذلك المترادفات (كبير – ضخم ، حزين – غير سعيد)وكذلك الكلمات لها صلة ببعض مثل (عيش – زبد ، قلم – أستيكة) وكذلك التصنيف (قميص – بنطلون – شراب) وكلها تصنيف كملابس.

دور الروضة في النمو اللغوي للطفل :

- تساهم الروضة في تحسين لغة الطفل حيث إن تعلم القراءة يزيد محصوله اللغوي ويصبح على ألفة بالعبارات الصحيحة.
- يحدث تصحيح سريع لكثير من أخطاء النطق.
- هناك فرق بين الطفل القادم إلى الروضة من بيئات فقيرة وبيئات متقدمة.

اتجاهات الوالدين نحو الأطفال:

إن الإتجاهات الوالدية تلعب دور هام في إكساب الطفل للغة سواء بالإيجاب أو السلب، كما أن الأطفال الذين يلقون إهمال من جانب الآباء يكونون أكثر عرضه للتلعثم، واتجاه التشدد، بعكس هذه الأساليب الخاطئة توجد أساليب أخرى مثل اتجاه التسامح، اتجاه الاهتمام يساعد الطفل على أن يكون كلامه صحيح خالي من عيوب النطق والكلام (التلعثم).

- في نهاية الجلسة، تشكر الباحثة الأمهات، وتذكرهن بميعاد الجلسة المقبلة.

التقويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن: ماذا استفادت كل منهن من الجلسة ؟ وتستمع لأرائهن في محاولة لزيادة ارتباطهن بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي: تطلب الباحثة من كل عضوه من أعضاء الجماعة أن تذكر ما استفادت كلُ منهن من جلسة اليوم, وتنهى الباحثة الجلسة وتتصافح مع أمهات الأطفال المتلعثمين مع الاتفاق على موعد الجلسة التالية.

الجلسة الخامسة

موضوع الجلسة : التلعثم (مفهومه –أسبابه)

أهداف الجلسة :

١- أن تعرف الأمهات ما هو التلعثم.

٢- أن تدرك الأمهات أسباب التلعثم.

٣- أن تساعد الأمهات أطفالهن حتى يتخلصوا من التلعثم.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة : الحوار والمناقشة،تقليد الأصوات، والتعزيز.

إجراءات السير في الجلسة:

- تقوم الباحثة باستقبال الأمهات، وترحب بهن.
- توضح الباحثة وتقوم بشرح مفهوم اضطراب التلعثم: وهواضطرابفي طلاقة اللسان يعوق انسياب الكلام، تبدو مظاهره في التكرارات اللاإرادية للمقاطع والحروف، أو المد الزائد للحروف المتحركة، أو وقفات صم زائدة أثناء الكلام، ويصاحب عادة بحركات لاإرادية للرأس والأطراف.
- ثم توضح أسباب اضطراب التلعثم، مع التركيز على دور العوامل البيئية : ومن الأسباب العضوية للتلعثم : نظرية التداخل السمعي ويكون خلف التلعثم خلل في الإدراك السمعي ويبدو في صورة تأخر وصول المعلومات المرتدة، نظرية اضطراب التوقيت : وهي نظرية تفسر الأمر على ضوء التناول النفسي، وتشير إلى حدوث تشويش في توقيت حركة آية عضلة لها علاقة بالكلام مثل الشفتين والفك، وفي العموم يجب على الوالدين أن يعرفوا عوامل النطق الصحيح وسلامته تتطلب الناحية العضوية، سلامة الأذن التي تستقبل الأصوات، سلامة الدماغ الذي يحلل الأصوات، نقص أو اختلال الجهاز العصبي المركزي...الخ.
- تقوم الباحثة أثناء الجلسة بالإجابة عن تساؤلات الأمهات، والرد على استفسارات الأمهات الخاصة بالموضوعات التي دارت حولها إجراءات الجلسة.
- في نهاية الجلسة، تشكر الباحثة الأمهات، وتذكرهن بميعاد الجلسة القادمة.

التقـويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن ماذا استفادت كل منهن من الجلسة، وتستمع لأرائهن في محاولة لزيادة ارتباطهن بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من كل عضوه من أعضاء الجماعة أن تجهز رأيها في البرنامج، وتقيمه.
- تنهى الباحثة الجلسة مع الاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة

موضوع الجلسة : توجيهه وإرشاد الوالدين للتعامل مع الأطفال المتلعثمين

أهداف الجلسة:

١- تعرف الباحثة على نوع الإضطرابات المنتشرة لدى أطفال ماقبل المدرسة المتلعثمين.

٢- تحديد الباحثة لعيوب الكلام التي تقوم بعلاجها وتعديلها، مع توجيه الوالدين لتعديل بعض السلوكيات الخاطئة لدى أطفالهن.

٣- مساعدة الوالدين لأطفالهم على التخلص من بعض الحركات الجسمية (انفعالات الوجه، حركات الرأس، حركات الأطراف) أثناء كلامهم.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة – الواجب المنزلي.

الإجراءات:

- تقوم الباحثة بالترحيب بأمهات الأطفال المتلعثمين في بداية الجلسة.

- ثم تقوم الباحثة بعرض الوسائل والأدوات المستخدمة في البرنامج توضح الباحثة لأمهات الأطفال المتلعثمين مدى أهمية البرنامج في تصحيح عيوب الكلام لدى الأطفال.

- توضح الباحثة لأمهات الأطفال المتلعثمين أن الأطفال ذوي اضطرابات الكلام يكون لديهم حساسية في عدم التعامل مع الآخرين وظهور بعض

السلوكيات اللاجتماعية (الانطواء – الخجل – العدوانية – الشعور بالنقص) وعلينا أن لا نشعرهم بهذا النقص وعدم مقارنة اضطرابهم بالرفاق أو بمن يعيشون معهم من الأقارب أو الجيران.

- توضح الباحثة للوالدين عدم تحذير الأطفال قبل الكلام بأن هذا يدفعه إلى التفكير ويضع في ذهنه أنه سيخطأ في كل كلمة ينطقها وقد يصل به الأمر إلى الإمتناع اللاإرادي عن الكلام، ولكن علينا أن نصحح الخطأ كلما أخطأ.

- تنطق الأم أسماء الأشياء الموجودة بالمنزل بمحتوياته.

- تطلب الباحثة من الوالدين مشاركة أطفالهن في بعض الأعمال المنزلية والتي تتناسب معهم.

- تأخذ الأمهات أطفالهن إلى الأسواق للتعرف على الأشياء المحيطة بالبيئة ونذكر لهم أهميتها وهذا يجعلهم يكتسبون التواصل والمشاركة المجتمعية.

- تطلب الباحثة من الأمهات مساعدتهن لأطفالهن للتخلص من بعض الحركات الجسمية (انفعالات الوجه، حركات الرأس، حركات الأطراف) أثناء كلامهم، وذلك ببعض التوجيهات التي تقدم من الباحثة للأمهات.

التقويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن: ماذا استفادت كل منهن من الجلسة ؟ وتستمع لأرائهن في محاولة لزيادة ارتباطهن بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من كل عضوه من أعضاء الجماعة أن تجهز رأيها في الجلسة، وما تم بها وتقيمها.
- تنهى الباحثة الجلسة مع الإتفاق على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة

موضوع الجلسة : توجيهه وإرشاد الوالدين للتعامل مع الأطفال المتلعثمين

أهداف الجلسة :

١- إرشاد وتوجيه الأمهات لبعض الأمور التي تجب مراعاتها أثناء التعامل مع الأطفال.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة وتقليد الأصوات والواجب المنزلي.

إجراءات السير في الجلسة:

- تقوم الباحثة باستقبال أمهات الأطفال، وترحب بهم.

- تقوم الباحثة بتوضيح ومناقشة الأمهات في بعض الأمور التي يجب عليهم مراعاتها أثناء التعامل مع الأطفال مثل:

- تقبل الأطفال.
- توضيح مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال وضرورة احترامه ومراعاته أثناء التعامل معهم.
- بث الثقة بالنفس، من خلال التأكيد على مظاهر القوة لدي الطفل.
- عدم توجيه النقد، واللوم للطفل بسبب طريقة كلامه.
- توفير بيئة مناسبة تجعل الطفل يشعر بالراحة، والاطمئنان.
- تشجيع الطفل على التحدث.
- عدم إجبار الطفل على التحدث أمام الآخرين.
- إتاحة الوقت الكافي للطفل للانتهاء من كلامه.
- ممارسة النماذج اللغوية الصحيحة (الكلام بطريقة صحيحة) أمام الآخرين.
- الكلام مع الطفل بصوت هادئ، وبطئ، وبإسترخاء.

- تقديم التعزيز المناسبوالمستمر للطفل عند نطق الكلمات، والجمل بطريقة صحيحة.
- إتاحة الفرصة والوقت الكافي للطفل لتوضيح ما يريد قوله.

- تطلب الباحثة من الأمهات مساعدتهن لأطفالهن للتخلص من بعض السلوكات السابقة أثناء كلامهم، وذلك ببعض التوجيهات التي تقدم من الباحثة الأمهات.

التقويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن: ماذا استفادت كل منهن من الجلسة ؟ وتستمع لأرائهن في محاولة لزيادة ارتباطهن بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من كل عضوه من أعضاء الجماعة أن تجهز رأيها في الجلسة، وما تم بها وتقيمها.
- تنهى الباحثة الجلسة مع الاتفاق على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة

موضوع الجلسة : كيفية تعامل الأمهات مع الطفل المتلعثم

أهداف الجلسة:

١- أن تكسب الباحثة الأمهات كيفية التعامل مع الطفل المتلعثم.

٢- أن تساعد الباحثة الأمهات على التدخل المبكر لمواجهة التلعثم.

الفنيات المستخدمة : المناقشة والحوار ، التعزيز

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة بتوجيه التحية للأمهات وتشكرهن على الحضور، ثم تستفسر من الأمهات عن حالة أطفالهم هل هم في تحسن، وهل قاموا بالواجبات المنزلية على أكمل وجه أو لا؟

- ثم تنتقل الباحثة إلى موضوع الجلسة الحالية وهو كيفية التعامل مع الطفل المتلعثم.
- قوم الباحثة بإرشاد الأمهات بعدم تركيزهن كثيراً على كلام أطفالهن حتى لا تتحول تلك العثرات إلى مشكلات حقيقية في الطلاقة اللفظية (التلعثم) وتصبح اضطرابا بلازمة مصاحبات.
- وترشد أيضا الأمهات على تشجيع أطفالهن على التحدث بحرية وبدون خوف أو تهديد مع تقبل كلامهم بدون نقد أو تعليق أو اعتراض أو إحباط أو تعنيف، وعليهم فقط تقديم النماذج اللغوية السليمة برفق وحنان لكي يساعدوا أطفالهن على النطق السليم. كما تركز الباحثة على تقبل الطفل لذاته والثقة بنفسه، وإعطاء الأطفال الثقة بأنفسهم لإخراج مشاعر وحاجات مكبوتة.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من الأمهات كتابة كيفية التعامل مع الطفل المتلعثم وتدوين الإجابات في ورقة للمناقشة والمراجعة.
- كما تطلب الباحثة من الأمهات مراجعة الأساليب الصحيحة في التعامل مع الطفل المتلعثم.

الجلسة التاسعة

موضوع الجلسة : تقبل تلعثم أبنائهن.

أهداف الجلسة : ا

١- لتعرف على مفهوم تقبل التلعثم .

٢- التعرف على أهمية تقبل التلعثم.

٣- التعرف على خصائص متقبلي التلعثم.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي.

إجراءات الجلسة :

- الترحيب بأعضاء الجماعة.

- مراجعة الواجب المنزلي وتثنى الباحثة على من التزمت منهن بتنفيذ ما طلب منها.

- تعريف أمهات الأطفال أن كثيراً منا من يبتعد عن الآخرين ، على اعتقاد أنه من العار عليه أن يكون لديهن طفلاً متلعثم، وتخاف من تواجد طفلها المتلعثم مع الآخرين، وبالتالي تلجأ إلي عزله؛ مما يمنعها من التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، وينعكس على عدم تقبل الأم لإعاقة طفلها؛ ولكن من تؤمن بأنها لا ذنب لها في كون ابنها متلعثم وتثق في قدرته وتحاول أن تجعله متكيف مع الآخرين.

- ومن الضروري أن تتقبل كل منا إعاقة أبنها وبذلك لن تشعر أبنها بأنه متلعثم؛ فمثلاً القصير حينما يتقبل بقصره فلن يشعر بأنه قصير أمام طوال القامة، والمهم هو التقبل الإيجابي لا السلبي والذي يبدأ بالاستبصار والاعتراف بواقع الإعاقة وظروفها واستثمار الباقي وعدم الاستسلام للإعاقة وهذا كله قد يترك بصماته على أمهات الأطفال المتلعثمين فتزداد لديهن دعائم الضغوط الوالدية التي يعانينا منها، وأن طفلك قد يكون أحسن من غيره من العاديين في أشياء كثيرة (فالخالق يعطي كل منا حقه "١٠٠%" فأنظر باقي نعم الخالق عليك).

- تنهى الباحثة اللقاء مع أمهات الأطفال المتلعثمين مع التأكيد على موعد الجلسة التالية.

التقويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن ماذا استفادت كل منهن من الجلسة، وتستمع لأرائهن في محاولة لزيادة ارتباطهن بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي: تطلب الباحثة من كل عضوه من أعضاء الجماعة أن تذكر ما استفادت كلُ منهن من جلسة اليوم وتنهى الباحثة الجلسة وتتصافح مع أمهات الأطفال المتلعثمين مع الاتفاق على موعد الجلسة التالية.

الجلسة العاشرة

موضوع الجلسة: التواصل ومراحل النمو اللغوي

أهداف الجلسة:

١- إكساب الأمهات بعض المعلومات المتعلقة بالتواصل والمفاهيم المتعلقة به، ومراحل عملية الكلام، ومراحل النمو اللغوي.

زمن الجلسة : (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة : المحاضرة والمناقشة وتقليد الأصوات والواجب المنزلي.

إجراءات السير في الجلسة:

- تقوم الباحثة باستقبال أمهات الأطفال، وترحب بهم.
- توضح الباحثة وتقوم الباحثة بشرح الموضوعات التالية:-
- مفهوم التواصل، واللغة، والتلعثم.
- مراحل عملية الكلام، والأجهزة المستخدمة في كل مرحلة.
- مراحل النمو اللغوي للأطفال.
- تقوم الباحثة أثناء الجلسة بالإجابة عن التساؤلات والرد على استفسارات الأمهات الخاصة بالموضوعات التي دارت حولها إجراءات الجلسة.
- في نهاية الجلسة، تشكر الباحثة الأمهات، وتذكرهم بميعاد الجلسة المقبلة.

التقويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن: ماذا استفادت كل منهن من الجلسة ؟ وتستمع لأرائهن في محاولة لزيادة ارتباطهن بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي: تطلب الباحثة من كل عضوه من أعضاء الجماعة أن تذكر ماذا استفادت كلُ منهن من جلسة اليوم وتنهى الباحثة الجلسة وتتصافح مع أمهات الأطفال المتلعثمين مع الاتفاق على موعد الجلسة التالية.

الجلسة الحادية عشر

عنوان الجلسة: شرح آلية الكلام وأعضاء النطق والكلام.

أهداف الجلسة:

١- التعرف على الأعضاء المسئولة عن النطق والكلام.

٢- التعرف على كيفية حدوث الكلام.

٣- تقييم الأعضاء المسئولة عن الكلام وهل بها عيوب أم لا.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة في الجلسة: المحاضرة والمناقشة، والاسترخاء الكلامي والتدعيم

إجراءات الجلسة :

- في بداية الجلسة ترحب الباحثة بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين، ثم تقوم بمراجعة الواجب المنزلي ، وتسأل الأمهات عن وجود أسئلة نحو الجلسة السابقة، وما يتوقع أن يحدث في الجلسة الحالية.
- وتبدأ الباحثة في الجلسة الحالية، وتقوم الباحثة بتوضيح كيف يتم عملية الشهيق والزفير ويتم شرح عملية التنفس بحبس الهواء بالبطن وإخراجه بصوت هادئ بدءاً بالحجاب الحاجز ثم مرور هواء الزفير من الرئتين إلى القصبة الهوائية إلى الحنجرة حيث توجد الأحبال الصوتية؛ وهما حبلان صوتيان رقيقان يمر الهواء من خلالهما فتهتز مصدره صوتيا مصدره صوتيا يمر عبر أعضاء تشكيل الكلام (سقف الحلق الرخو والصلب واللسان والفكين والشفتين) ليتم من خلالها تشكيل الصوت إلى كلمات بعد شرح الطريقة التي يتم بها إنتاج الكلام الطبيعي يتم توضيح ما الذي يحدث أثناء عملية التلعثم في الكلام.
- ولتوضيح ذلك تستخدم الباحثة شفاط عصير لتفسير التشابه بين شفط المياه (مفتاح إنتاج الكلام) وآلية إنتاج الكلام لتدريبه على الشفط بطريقة صحيحة تمهيدا لحبس الهواء فترة أطول وما يحدث نتيجة لذلك هو الكلام بدون تقطع ثم تقوم الباحثة بالتالي:

- استخدم صور ونماذج للحنجرة والحبال الصوتية ولأعضاء تشكيل الكلام وعرض فيدو يوضح ذلك.

- تحضر الباحثة كوب زبادي وتطلب من الأطفال شفط الزبادي بالشفاط دون إذابته، ويقوم الأطفال بعمل ذلك حتى ينتهي من الكوب تماما.
- ثم تحضر الباحثة قصاصات ورقية بسمك مختلف وعدد (٢) شفاط عصير وتقوم الباحثة بشفط الوريقات ونقلها إلى وعاء آخر وتكرر الباحثة هذه الطريقة مرة أخرى وتعطي الطفل شفاطا وتطلب منه تكرار ذلك حتى ننتهي من كمية الورق الموجودة.
- تطلب الباحثة من الطفل أن يتنفس شهيقا بهدوء من أنفه ويخرجه زفيرا من فمه عدة مرات.

وفي نهاية الجلسة بمراجعة ما سجله أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينوتطلب منهم التدريب باستخدام الشفاط وقصاصات الورق الرقيق وتقول لهم في الجلسة القادمة سنلعب مع بعضنا.

الواجب المنزلي :

- تطلب الباحثة من الأطفال المتلعثمين تكرار ما تم في الجلسة السابقة بمساعدة الأمهات وعمل تدريبات للتنفس والكلام.

الجلسة الثانية عشر

موضوع الجلسة: تدريب الطفل على المشاركة الاجتماعية

أهداف الجلسة:

١- تعلم الأطفال المشاركة الاجتماعية.

٢- تعويد الطفل علي المشاركة الاجتماعية التي تنمي الاستقلال الذاتي والسلوك الاجتماعي.

زمن الجلسة :(٤٠ – ٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة : المحاضرة والتعزيز والواجب المنزلي، تقليد الأصوات.

إجراءات السير في الجلسة:

- الترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين في بداية اللقاء بعبارات مشجعة علي الإستمرار حتى نهاية الجلسة.
- تشرح الباحثة لأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين أننا كل يوم نقوم بسلوكيات مستمرة ولا نستطيع يوم أن نتجاهلها، منها التسليم علي ماما في الصباح قبل الذهاب إلي الروضة والتسليم علي زملائي في نهاية اليوم قبل الذهاب لحجرتي والتسليم علي معلم في بداية الحصة.
- تقدم الباحثة لهم نشيد "أنا شاطر وجميل ... بقول لماما باي باي وأقول لبابا باي باي وأقول للمس باي باي وأقول للسير باي باي وبسلم علي صحابي...."
- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين تنفيذ ما يتم في النشيد "تقليد تلك السلوكيات"، لتعود الطفل علي النطق الصحيح.
- ثم تشرح الباحثة لأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين وتبين أن التصرف بخزي وخجل قد يؤدي إلي كثرة الأخطاء أمام الآخرين ولذلك التصرف بشجاعة وحزم يؤدي إلي النجاح واحترام الآخرين له.
- تستخدم الباحثة التعزيز المناسب لكل طفل في المجموعة حسب درجة وشدة الموقف الاجتماعي الذي يشارك فيه الطفل.

الواجب المنزلي :

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين أن يعيدوا ما تعلموه في الجلسة الحالية، وتطلب الباحثة من الأمهات أن يذكروا الأسباب التي تجعل أطفالهن يشعرون بالانسحاب، وفي نهاية الجلسة أكدت الباحثة علي ميعاد الجلسة القادمة ووجهت الشكر لأفراد العينة وصافحت الباحثة أفراد العينة وصافح كل منهم الآخر.

الجلسة الثالثة عشر

موضوع الجلسة: النظافـة

أهداف الجلسة:

١- يذكر الأطفال كلمات الاغنية مع الأداء الحركى للإيقاعات.

٢- يشعر بقيمة النظافة فى حياة الانسان ويهتم بمظهره.

فنيات الجلسـة: المحاضرة والكلام الإيقاعي وتقليد الأصوات والتعزيز والواجب المنزلي.

زمن الجلسة: ٤٠- ٤٥ دقيقة.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة الترحيب أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين، ثم تبدأ في الجلسة الحالية.
- تطلـب الباحثـة مـن أمهـات الأطفـال والأطفـال المتلعثمـين ترديـد هـذه الأغنية.

غنوا وقولوا فى كل مكان   النظافة من الإيمـان

هى وقاية للإنسـان   بيها الصـحة تكون فى أمان

غنوا وقولوا فى كل مكان   النظافة من الإيمـان

– تغنـي الباحثـة الأغنيـة مـع العزف أو سماع الشريط وتكرر أمهـات الأطفال والأطفال المتلعثمينالغناء حتى يتم حفظها.

– تطلـب مـنهم أن يـذكروا بعض مظـاهر النظافـة مثـل: غسـل الوجـه، غسـل الأسنان، تنظيف الملابس بالفرشاة، كنس الأرض، غسل اليدين...... وهكذا.

–تمشى أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين فى دائرة على لحن مرتجل أو مع عزف المس إيقاع الوحدة على الدف وعندما يتوقف العزف يقفون فى أماكنهم ويغنون "النظافة من الإيمان".

- يسمع الأطفالالمتلعثمين اللحن مرتجل يمشون معه على إيقاع الوحدة وعنما يتوقف اللحن ويسمعون إيقاع تخرج المجموعة التى تنظف الأرض بالمكنسة وتمثل كنس الأرض مع مثل الإيقاع.

التقيـيم: تطلـب الباحثـة مـن أمهـات الأطفـال والأطفـال المتلعثمـين المشـاركة والتعاون من خلال اللعب والغناء الجماعى، تطلب الباحثة من الأطفال الغناء في مجموعة مع الموسيقي ويلاحظ مدى سعادة المجموعه، تعزز الباحثة الأداء الحسن من الأطفال.

الواجب المنزلي:

- :تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين تكرار تنفيذ ما تـم بالجلسـة فـي البيـت بمسـاعدة الوالـدين، وفـي نهايـة الجلسـة تحـدد الباحثة موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة عشر

موضوع الجلسة: الجهاز الكلامي

أهداف الجلسة:

١- تتعرف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بمكونات الجهاز الكلامي في صورة مبسطة.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة - الواجب المنزلي - التدعيم .

الإجراءات:

- تبـدأ الباحثـة بالترحيـب بأعضـاء المجموعـة ومراجعـة الجلسـة السـابقة وتثني على من قام بتنفيذها.
- تقوم الباحثـة بشـرح مكونـات الجهـاز الكلامـي (اللهـاه- سـقف الحلـق الرخـو- سـقف الحلـق الصـلب - اللثـة- الأسـنان- اللسـان- الشـفاه ومكونات كل عضو من هذه الأعضاء ودوره في عملية الكلام.

- وتبين الباحثة لأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين وجود أي عيب في هذه الأعضاء يكون له دور سلبي في عملية الكلام ولأهمية التدخل الطبي لعلاج ما قد يوجد من عيب خلقي في أعضاء الجهاز الكلامي ومنها وجود ثقوب أو تصميم أو تشقق أو انحراف يمينا أو يسارا في اللهاه.
- وسقف الحلق الرخو قد يكون صلبا وليس به تجاعيد.
- وسقف الحلق الصلب عبارة عن قبة ولا يكون به شق حتى لا يحدث الخنق.
- الأسنان: لا تكون مفلجة أو ملتفة على بعضها أو أسنان غير موجودة أو أسنان زائدة كبيرة الحجم.
- اللسان: أن يكون مربوط من أسفل بكتلة لحمية أو لسان ملتصقة أو قصير أو طويلا أو ملفوفا أو التهابات وفطريات .
- الشفاة كبيرة عن الحد شق بالشفة شفة أرنبية – شفة فوق الاخري .

التقويم : تسأل الباحثة أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين ماذا استفادوا كل من الجلسة.

الواجب المنزلي :

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين يذكرون بعض مكونات الجهاز الكلامي وأهمية كل عضو من هذه الأعضاء.

الجلسة الخامسة عشر

موضوع الجلسة: تدريبات الجهاز الكلامي .

أهداف الجلسة:

١- تقوية عضلات الجهاز الكلامي بجميع مكوناته.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة – تقليد الأصوات – التعزيز.

إجراءات الجلسة:

- تبدأ الباحثة بالترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين مع مراجعة الواجبات السابقة والتدريب على الاسترخاء.
- تقوم الباحثة بتدريب أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين على بعض التدريبات
- تدريبات اللهاه: النفخ في الأنابيب – التتافرب – القهقهه
- تدريبات اللسان: إخراج اللسان خارج الفم وتحريكه في جميع الاتجاهات.
- التدريبات على الزغرودة باللسان.
- تدريبات الفكين مضغ اللبان تحريك الفم يميناً ويساراً – صدم الأسنان ببعضها.
- تدريبات الشفتين الابتسامة بحيث تظهر الأسنان العلوية ومرة أخري تظهر الأسنان السفلية مسك الشفتين بالأسنان.
- إمساك الشالمون بالأسنان.
- امتلاء الفم بالهواء والاحتفاظ به.

التقويم: تسأل الباحثة أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين عن ماذا استفاد كل منكم من الجلسة والاستماع إلى أرائهم.

الواجب المنزلي :

- تقوم الباحثة بتوزيعه نسخ من إجراءات الجلسة وقراءة عنوانها والتدريب عليها كواجب منزلي.

الجلسة السادسة عشر

موضوع الجلسة: تدريبات الجهاز التنفسي(الرئتين والقصبة الهوائية) وتدريبات الجهاز الصوتي (الحنجرة والأحبال الصوتية).

أهداف الجلسة:

١- تمكن أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين من التحكم في عملية التحكم في عملية الشهيق والزفير.

٢- وتقوية عملية التنفس لأهميتها في عملية الكلام وتدريبات الأحبال الصوتية.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة –الإسترخاء الكلامي – التدعيم

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة بالترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين ومراجعة الجلسة السابقة.
- تدريب أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين على الاسترخاء.
- تدريبات الجهاز التنفسي.
- الشهيق والزفير من خلال الجري أو صورة الجسم على القيام بالشهيق بالتبادل.

التقويم: تسأل الباحثة أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين عن ماذا استفاد كل منكم من الجلسة والاستمتاع إلى أرائهم.

الواجب المنزلي:

- تقوم الباحثة بتوزيعه نسخ من إجراءات الجلسة وقراءة عنوانها والتدريب عليها كواجب منزلي.

الجلسة السابعة عشر

موضوع الجلسة : مخارج الحروف

أهداف الجلسة:

١- تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بمخارج الحروف

٢- تقوية عملية التنفس لأهميتها في عملية الكلام.

٣- تدريب الأحبال الصوتية.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة : المحاضرة والمناقشة – التدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة بتدريب أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين على الاسترخاء
- تدريب الجهاز التنفسي.
- الشهيق والزفير من خلال الجري أو صعود السلم للأطفال.
- القيام بالشهيق والزفير بالتبادل.

التقويم: تسأل الباحثة أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين عن ماذا استفاد كل منكم من الجلسة والاستمتاع إلى أرائهم.

الواجب المنزلي :

- تقوم الباحثة بتوزيعه نسخ من إجراءات الجلسة وقراءة عنوانها والتدريب عليها كواجب منزلي.

الجلسة الثامنة عشر

موضوع الجلسة: التدريب على مخارج الحروف

أهداف الجلسة:

١- تعريف الأطفال بمخارج الحروف .

٢- التدريب على نطق الحرف من مخرجه الصحيح.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: الكلام الإيقاعي والمحاضرةوالمناقشة.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب ومراجعة الواجبات السابقة والتدريب على الاسترخاء.
- تقوم الباحثة بتعريف مخارج الحروف.

التقويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن ماذا استفاد كل منكم من الجلسة والاستمتاع إلى أرائهم.

الواجب المنزلي :

- قوم الباحثة بتوزيعه نسخ من إجراءات الجلسة وقراءة عنوانها والتدريب عليها كواجب منزلي.

الجلسة التاسعة عشر

موضوع الجلسة : بعض أساليب علاج التلعثم.

أهداف الجلسة :

١- تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بعض أساليب العلاج الكلامي ومنها الكلام الإيقاعي- الكلام المضغي كما تراه النظرية الفونولوجية.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة:الكلام بالمضغ والتقليد والكلام الإيقاعي والتدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- عرض مجموعة منالبطاقات بها بعض الجملة متدرجة من المتوسطة إلى المستوى الطويل مثل :
  - النظافة من الإيمان.
  - لا تؤجل عمل اليوم إلى الغد.
  - وقل ربي زدني علماً.
  - تقول في الأعياد كل عام وأنتم بخير.

- الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرض.
- المصريون القدماء أول من استخدم ورقة البردي .
- قراءة سورة الناس.
- تقوم الحكومة بأعمال مفيدة جداً تفيد المواطنين ويحقق الأعباء عن غير القادرين.
- يجب علينا الحفاظ على ممتلكات الدولة لأنها ملك لكل المواطنين.

- تقوم الباحثة بتكرار أكثر عدد من الجمل وتحديد الكلمات التي نطقها الطفل خطأ (إبدال – حذف تشويه إضافة يوضع خط تحتها ويقوم بالتسجيل للأطفال وبعد انتهاء فترة التدريب تعرض الباحثة ما تم تسجيله عليهم لتعرفهم من نطق صحيح نطق خطا ويكافئ الجيد ويحاسب المقصر وتقوم بتدريبهم على نطقها بصورة صحيحة مؤدبا وذلك خلال تقليدهم للباحثة.
- تطلب الباحثة من الطفل قراءة البطاقة مرة أخري مع التأكيد على الكلمات المضطربة في الكلام وهكذا حتى ينطقها بصورة صحيحة.
- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين خلق مواقف لغوية لتشجيع الطفل على الحديث معه استعمال بعض الكلمات التي يدخل في تركيبها لصوت الجديد, تنهي الباحثة الجلسة.

التقويم: تسأل الباحثة أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين عن ماذا استفاد كل منكم من الجلسة والاستمتاع إلى أرائهم.

الواجب المنزلي :

- تقوم الباحثة بتوزيعه نسخ من إجراءات الجلسة وقراءة عنوانها والتدريب عليها كواجب منزلي.

الجلسة العشرون

موضوع الجلسة: تابع أساليب علاج التلعثم.

أهداف الجلسة:

١- استخدام أساليب العلاج السلوكي.

٢- تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بأسلوب الممارسة السلبية.

٣- تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بأسلوب الترديد.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة : المحاضرة والمناقشة – الاسترخاء الكلامي- تقليد الأصوات – التدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين ثم تراجع ما سبق.
- تطلب الباحثة من كل عضوه من أعضاء المجموعة الممارسة المكثفة لنطق طفلها الخاطئ بدون تعزيز ويقوم الطفل بتمثيل التلعثم بأقصى دقة ممكنة عن طريق إعادة كل كلمة بتلعثم فيها في منطقة تقرأ بصوت مرتفع حتى تصل إلى الإنسياب.
- تكرر الباحثة ما سبق مع كل عضو من أعضاء المجموعة منفرداً.
- تطلب الباحثة من أعضاء المجموعة (فردياً) بترديه كلام الباحثة كما يسمعه تماماً وبنفس النغمة الصوتية قدر الإمكان.
- تعرفهم الباحثة بأن هذا الأسلوب يعمل على إحداث إرتباطات شرطية بين مثير هو كلمة الباحثة واستجابة هي كلمة التلعثمالتي تأتي بعد كلمة الباحثة مباشرة وكأنها ظل لها.
- تقوم الباحثة في كل جلسة من جلسات العلاج بالقراءة من كتاب بصوت هادئ مشبع بالاسترخاء كلمة كلمة وبسرعة منتظمة دون أن

يهتم بمتابعة الطفل لكلمة ويقوم الطفل بترديد كلمات الباحثة كما يسمعها .

التقويم: تسأل الباحثة أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين عن ماذا استفاد كل منكم من الجلسة ؟ ويستمع لأرائهم في محاولة لزيادة ارتباطهم بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بقراءة نص من كتاب ويسجله على شريط يستمع إليه ويكتبوا الكلمات التي فيها تلعثم ثم يعيد قراءة تلك الكلمات ويكررها حتى يصل إلى الانسياب.
- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بعمل تدريبات منزلية بأن يردد وراء شريط مسجل عليه صوت الباحثة بنفس الطريقة المذكورة خلال مدة زمنية محدده.

الجلسة الحادية والعشرون

موضوع الجلسة: القراءة المتزامنة.

أهداف الجلسة:

١- معرفة الطفل كيف يقرأ بصورة متكررة وخالية من الأخطاء.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة : المحاضرة والمناقشة والكلام الإيقاعي وتقليد الأصوات والتدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- في البداية تقوم الباحثة بالترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين.
- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين كل على حدة أن يقرأ الطفل مع الباحثة من قصة متلازمين ما يؤدي إلى التحويل الجزئي لإدركات الطفل عن أصوات كلامه إلى أصوات كلام المعالج.

- تقوم الباحثة بعرض مجموعة من البطاقات والصور كمثيرات تمييزيه لإستدعاء استجابات الطلاقة أو اللعثمة مع مراعاة تدرج البطاقات (ذات مقطع).
- تقوم الباحثة بقراءة الكلمات بصوت هادئ مشبع بالإسترخاء وبسرعة منتظمة وتطلب من الطفل أن يقرأ في وقت واحد ويتم تكرار ذلك عدة مسرات.
- تطلب الباحثة من الطفل قراءة الكلمات بمفردة وإذا اجتاز ذلك بنجاح قدم له تعزيزاً لفظياً (جيد – صح – ممتاز) وأحياناً تعزيزاً مساوياً.

وإذا أخفق المتلعثمين تقوم الباحثة بإعادة تدريبه مرة أخري.

التقويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن ماذا استفاد كل منكم من الجلسة والاستمتاع إلى أرائهم.

- **الواجب المنزلي:**

توزع الباحثة نسخاً من البطاقات التي تحتوي على كلمات – جمل – ومقطع قرائية التي تم التدريب عليها في الجلسة ليقوموا بقراءتها عدة مرات في المنزل والتدريب عليها وتكرارها ومحاولة تصحيح الكلمات التي يخطئ فيها أكثر من مرة.

الجلسة الثانية والعشرون

موضوع الجلسة: التعبير اللفظي الحر.

أهداف الجلسة :

١– أن يعرف الطفل كيف يعبر بحريه دون أخطاء في عملية الكلام.

زمن الجلسة: (٤٠–٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة – الكلام الإيقاعي– التدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- في البداية ترحب الباحثة بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين

تعرف الباحثة أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين الغرض أو الهدف من الجلسة ومحتواها.

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين أن يتحدث كل فرد على حدة عن بعض المواقف التي حدثت له سواء في الشارع أو في المنزل.
- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين أن ينطق بإيقاعاتموقف حدث له، قصة حدثت له أو لأصدقائه .
- تقوم الباحثة بعمل حوار مفتوح بينها وبين أعضاء المجموعة وتلاحظ عيوب الكلام لدى البعض (إبدال- حذف- تشويه) وتسجيلها.

التقويم: تسأل الباحثة أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين عن ماذا استفاد كل منكم من الجلسة والاستمتاع إلى أرائهم.

الواجب المنزلي :

- تقوم الباحثة بتوزيعه نسخ من إجراءات الجلسة وقراءة عنوانها والتدريب عليها كواجب منزلي.

الجلسة الثالثة والعشرون

موضوع الجلسة: جلسة ترفيهيه

أهداف الجلسة:

١- تعديل بعض عيوب التلعثم من خلال التفاعل الاجتماعي.

٢- تقليل الصراع الذي يتكون لدي المتلعثمين بين رغبة في الكلام وتجنبه.

زمن الجلسة: يوم دراسي

الفنيات: التدعيم – المناقشة – اللعب والترويح.

إجراءات السير في الجلسة:

- تقوم الباحثة بالخروج مع أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين في زيارة إلي احدي الروضات المجاورة بعد اخذ الموافقات اللازمة من الجهات الإدارية.
- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بعمل خطوات مع زملائهم والتأكيد في الكلام على التوجيهات السابقة لعدم أعطاء الطرف الأخر الفرصة على التعليق على طريقة الكلام.
- تقوم الباحثة بعمل مسابقات في اللغة العربية والإلقاء الشعري للتأكد على تصحيح عيوب التلعثم لديهم.
- واشتراك أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين في بعض الألعاب التي تدعو إلى التعاون وخاصة الألعاب الرياضية.

التقويم: تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن ماذا استفاد كل منكم من الجلسة والاستمتاع إلى أرائهم.

الواجب المنزلي: ت

- طلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين بعمل حوار دائم ومستمر مع بعضهم والتأكد على مراجعة الأخطاء كما سبق.

الجلسة الرابعة والعشرون

موضوع الجلسة : تدريبات لجهاز الكلام

أهداف الجلسة :

١- اكتساب الأمهات القدرة على أداء، وممارسة تدريبات الاسترخاء للأطفال، وتدريبات التنفس، تدريبات اللسان، والشقتين، والفك، والخدين، وتدريبات الكلام البطئ المطول.

الفنيات المستخدمة : المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والكلام الإيقاعي والتدعيم.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

إجراءات السير في الجلسة:

- تقوم الباحثة باستقبال أمهات الأطفال، ويرحب بهم.
- تقوم الباحثة بتدريب الأمهات :
  - تدريبات الاسترخاء.
  - تدريبات التنفس.
  - تدريبات اللسان، والشفتين، والفك، والخدين.
  - تدريبات الكلام البطئ المطول.
- تؤكد الباحثة على ضرورة ممارسة التدريبات السابقة بصورة مستمرة مع الأطفال؛ ليتكامل دورهم مع دوره في علاج التلعثم لدى الأطفال، واعتبار هذه التدريبات بمثابة واجبات منزلية يجب الحرص على ممارستها مع الأطفال بشكل مستمر.
- تقوم الباحثة أثناء الجلسة بالإجابة عن التساؤلات والرد على استفسارات الأمهات الخاصة بالموضوعات التي دارت حولها إجراءات الجلسة.
- في نهاية الجلسة، تشكر الباحثة الأمهات، وتذكرهم بميعاد الجلسة المقبلة.

الواجب المنزلي :

- تعطي الباحثة الأمهات والأطفال واجبات تشمل القيام بممارسة، وأداء التدريبات التي تم تدريبهم عليها بصورة مستمرة مع الأطفال في المنزل والروضة.

الجلسة الخامسة والعشرون

موضوع الجلسة: تدريبات لمخارج بعض الحروف.

أهداف الجلسة:

١- تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين علي مخارج الحروف.

٢- تدريب الطفل علي نطق الحروف من مخارجها الصحيحة مع التدريب علي نطق بعض الحروف والكلمات.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: تقليد الأصوات، والكلام الإيقاعي والتدعيم، الإسترخاء الكلامي.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين ثم تراجع واجبات الجلسة السابقة وتثني على من قام بتنفيذها ويؤكد من جديد على الهدف منها.
- تقدم الباحثة للأطفال تدريب الاسترخاء الخاص بالجلسة.
- تقوم الباحثة بشرح مخارج الحروف لأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين، وأن مخارج الحروف تنقسم إلي عدة أقسام مع ضرب أمثلة عليها وهي كالتالي :

<u>حروف اللسان</u>

وبدأ في تمرينات اللسان وذلك عن طريق :

- خروج اللسان وإدخاله بسرعة.
- تحريك اللسان إلى الجانبين ولمس الشفاه العليا والسفلى.
- تحريك اللسان حركات سريعة دائرية داخل الفم وخارجه.
- وضع قطعة من الحلوى على أو أمام الشفة العليا ليحاول الطفل إخراج اللسان لتذوقها وكل مرة تحاول الباحثة أن ترفعها أكثر من المرة السابقة.
- الضغط على خد الطفل من الجانبين ومحاولة الطفل خروج لسانه لملامسة اليد.

- وضع قليلاً من العسل أو المربى على حافة اللثة خلف الأسنان العليا وطلب من الطفل ملامستها بلسانه.

وتنقسم إلي عدة أقسام :

١- **طـرف اللسـان** : وهـو المسئول عن الحـروف الآتيـة (ل – ر – ن) وهـي حروف زلقية (سريعة الانزلاق).

اللام مثل ـ (لبس – قلم – قال).

الراء مثل ـ (راحل – هارب – مرمر).

النون مثل ـ (نادر – ذنب – فرن).

٢- **وسط اللسان** : وهي (ج – ي – ش)

الجيم مثل ـ (جمل – أمجد – خرج).

الشين مثل ـ (شرب – يشرب – مشمش).

الياء مثل ـ (يذهب – جميل – يجري).

٣- **أقصي اللسان** : وهو المسئول عن حرف (ق)

حرف القاف مثل ـ (قلب – صقر – دقيق).

٤- **أقصي اللسان أقرب إلي الوسط** : وهو المسئول عن حرف (ك).

– حرف الكاف مثل (كتاب – كتكوت – شباك).

٥- **الجانـب الأيسـر للسـان** : ولـه صـفة الاسـتطالة وهـو المسـئول عـن حـرف (ض).

حرف الضاض مثل ـ (ضابط – رضوان – أرض).

٦- **طرف اللسان مع منابت الأسنان العليا** : وهو المسئول عن حروف (ت – د – ط) وهي حروف نطعية.

– حروف التاء مثل ـ (تفاح – يكتب – تحت – صوت).

– حرف الدال مثل ـ (دخل – خادم – خالد – ودود).

– حرف الطاء مثل ـ (طائر – بطئ – بطوط – شرط).

٧- **طرف اللسان مع طرف الأسنان العليا** وهي المسئولة عن حروف (ث – ذ – ظ) (حروف لثوية أسنانية).

- حرف الثاء مثل ـ (ثوب – أثاث – وثب – أرث).
- حرف الذال مثل ـ (ذهب – يذهب – حذف – أخذ).
- حرف الظاء مثل ـ(ظريف – ظهر – مظروف – غليظ).

٨- **طرف اللسان مع حافتي الأسنان العليا والسفلي** : وهي مسئولة عن حروف (س – ز – ص) وهي حروف صفيرية.

- حرف السين مثل ـ (سيارة – أسرة – ياسر – مدرس).
- حرف الزاي مثل ـ (زائر – نزل – فائز – أزيز).
- حرف الصاد مثل ـ (صوت – يصر – أصفر – قفص).

التقويم:

تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن:

- ماذا استفاد كل منكم من الجلسة ؟ وتستمع لأرائهم مع تقديم بعض المكافآت المادية والمعنوية علي من يقدم بعض الملاحظات للجلسة.

الواجب المنزلي :

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين أن يحددوا بعض الكلمات أو الحروف التي يتعثرون في نطقها.

الجلسة السادسة والعشرون

موضوع الجلسة: تدريبات لمخارج بعض الحروف.

أهداف الجلسة:

١- تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين علي بقية مخارج الحروف.

٢- تدريب الطفل علي نطق الحروف نطقاً صحيحاً مع التدريب علي نطق بعض الحروف والكلمات.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة :المحاضرة والمناقشة ، تقليد الأصوات، والكلام الإيقاعي والتدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بالأطفال ثم تراجع واجبات الجلسة السابقة وتثني على من آتي بكثير من الكلمات الصحيحة التي لا يستطيع نطقها, ثم التدريب على الاسترخاء لمدة خمس دقائق.
- تقدم الباحثة للأطفال تدريب الاسترخاء الخاص بالجلسة.
- تبدأ الباحثة بعرض بقية مخارج الحروف مع ذكر بعض الأمثلة الدالة علي هذه الحروف وتطلب الباحثة من كل طفل أن ينطق هذه الحروف نطقاً صحيحاً، كما تقوم الباحثة بتسجيل بعض الكلمات التي يخطئ الطفل في نطقها وذلك لعرضها علي الأطفال وتصحيحها.
- تقوم الباحثة بشرح بقية مخارج الحروف وهي الحروف الأنفية (الخيشومية) والحروف الشفوية.

رابعاً : الحروف الأنفية (الخيشومية) وهي (م – ن)

- حرف الميم ومخرجه الشفاه وصفته أنفي مثل ـ (مدرس – جمل – هرم – حمام).
- حرف النون ومخرجه طرف اللسان وصفته أنفي مثل ـ (نار – ذنب – قرن – عين).

خامساً : الحروف الشفوية :

- وهي (ب – م – و – ف) فحروف (ب ، م ، و) من الشفتين ، ومخرج الفاء من الأسنان العليا مع الشفاه السفلي :
- حرف الباء مثل ـ (باب – إبريق – ثوب).
- حرف الميم مثل ـ (مدرس – جمل – هرم).
- حرف الواو مثل ـ (ولد – صوم – عمرو).

- حرف الفاء مثل ـ (فاطمة – يفوز – أنف).

التقويم:

تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن:

- ماذا استفاد كل منكم من الجلسة ؟ وتستمع لأرائهم مع تقديم بعض المكافآت المادية والمعنوية علي من يقدم بعض الملاحظات للجلسة.

الواجب المنزلي :

- تطلب الباحثة من الأطفال أن يحددوا بعض الكلمات التي يتعثرون في نطقها بصورة صحيحة وذلك للتدريب علي نطقها الصحيح في الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة والعشرون

موضوع الجلسة: التدريب علي نطق بعض الكلمات الثنائية.

أهداف الجلسة:

١- تدريب الطفل على مخارج الحروف من جديد.

٢- تدريب الطفل علي المخارج الصحيحة.

زمن الجلسة: (٤٠–٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة :المحاضرة والمناقشة ، تقليد الأصوات، والإسترخاء الكلامي والتدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين ثم تراجع واجبات الجلسة السابقة وتثني على من قام بتنفيذها وتؤكد من جديد على الهدف منها, ثم التدريب على الاسترخاء لمدة خمس دقائق.
- تقدم الباحثة للأطفال تدريب الاسترخاء الخاص بالجلسة, وممارسة الإسترخاء للصدر والكتف وأعلى الظهر.

- تبدأ الباحثة في عرض بعض الكلمات الثنائية (الكلمة وجمعها) والتي قد تكون صعبة في نطقها وذلك لتدريب الأطفال علي قراءتها ونطقها بصورة صحيحة وفق مخارجها الصحيحة وهذه الكلمات هي :

(الطريق–الطرق) **(الشارع–الشوارع)** **(قطار–قطارات)**

(دخان–أدخنة) **(القمامة–القمامات)** **(مكان–أماكن)**

(الجو–الأجواء) **(دور–أدوار)** **(الجسد–الأجساد)**

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين أن يقسموا أنفسهم إلى مجموعات كل مجموعة تتكون من طفلين، علي أن يختار كل طفل رفيقاً له ليكمل معه المرحلة التالية من الجلسة وتترك حرية الاختيار للطفل ذاته ثم تطلب من كل طفل في كل مجموعة أن يقرأ هذه الكلمات السابقة بعد التدريب عليها، ثم تطلب من الطفل الأخر في كل مجموعة أن تقوم بتقليد زميله في عملية نطق هذه الكلمات، ثم بعد ذلك يرجع الأطفال في مجموعة واحدة ثم تقوم الباحثة بقراءة هذه الكلمات مره أخري ثم تطلب من كل طفل أن تقوم بتقليده عند نطق الكلمات ويكرر ذلك عده مرات.

التقويم:

تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن:

- ماذا استفاد كل منكم من الجلسة ؟ وتستمع لأرائهم فى محاولة لزيادة ارتباطهم بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي :

- توزع الباحثة نسخاً من هذه الكلمات في بطاقات التي تم التدريب عليها في جلسة اليوم علي الأطفال ليقوموا بقراءة محتواها عدة مرات في المنزل والتدريب عليها مراراً وتكراراً بمساعدة الأمهات ، وتطلب الباحثة منهم أن يحددوا الكلمات أو الحروف التي تعثروا في نطقها.

الجلسة الثامنة والعشرون

موضوع الجلسة: التدريب علي نطق بعض الجمل.

أهداف الجلسة:

١- معرفة أمهات الأطفال كيف يقرأ الطفل بعض الجمل القصيرة.

٢- معرفة أمهات الأطفال كيف يقرأ الطفل بعض الجمل المتوسطة.

٣- معرفة أمهات الأطفال كيف يقرأ الطفل بعض الجمل الطويلة.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والتدعيم والتمييز والتعميم.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين، ثم تثني علي من شارك في الحوار وتكافئ المجد.
- تنتقل الباحثة بعد ذلك إلى الهدف من الجلسة وهو تعريف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين سبب تواجدهم في جلسة اليوم وتعريفهم بمحتوي الجلسة, ثم التدريب على الاسترخاء لمدة خمس دقائق.
- تبدأ الباحثة بعد ذلك فى التمهيد لموضوع الجلسة من خلال شرح لكيفية التعامل مع محتوي البطاقات وتدريبهم علي ذلك جماعياً ، علي أن تستوعب كل جلسة مجموعة واحدة من البطاقات, ويتضمن (٤) بطاقات تحتوي كل بطاقة علي جملة قصيرة بها كلمات قد يخطئ الطفل في نطقها وأخري لا يخطئ حتى لا يمل، مث:
  - من جد وجد ومن زرع حصد.
  - بالعلم والأخلاق يبني الناس ملكهم.
  - اللهم أنت السلام ومنك السلام.
  - الرياضة تعلم النظام والطاعة.

- يبدأ الطفل في قراءة محتوي البطاقة أمام الباحثة، ثم تقوم الباحثة بتحديد الكلمات التي نطقها الطفل بصورة خطأ (متلعثمة) بوضع خط أسفلها ، وتقوم بالتسجيل للأطفال وبعد انتهاء فترة التدريب يعرض التسجيلات علي الأطفال بعضهم البعض ليعرفهم من نطق صح ومن أخطأ ويكافئ الجيد وتقوم بتدريبهم علي نطقها بصورة صحيحة فردياً، وذلك خلال تقليد أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين للباحثة.
- تطلب الباحثة من الطفل إعادة قراءة البطاقة مرة أخري مع التأكيد علي الكلمات المتلعثمة ، وهكذا حتى ينطقها بصورة صحيحة، وهكذا مع طفل آخر.
- تطلب الباحثة من الأمهات خلق مواقف لغوية تشجع الطفل على الحديث معهم واستعمال بعض الكلمات التي يدخل في تركيبها الصوت الجديد.
- تنهي الباحثة الجلسة عندئذ مع التأكد من استيعاب ما تم تناوله في الجلسة.

التقويم:

تسأل الباحثة أعضاء المجموعة عن:

- ماذا استفاد كل منهم من الجلسة ؟؟ وتستمع لأرائهم في محاولة لزيادة ارتباطهم بجلسات البرنامج.

الواجب المنزلي :

- توزع الباحثة نسخاً من البطاقات التي تم التدريب عليها في جلسة اليوم بالإضافة إلي عدد من البطاقات الجديدة علي الأطفال ليقوموا بقراءة محتواها عدة مرات في المنزل والتدريب عليها مراراً وتكراراً كواجب منزلي، وتطلب الباحثة منهم أن يحددوا الكلمات أو الحروف التي تعثروا في إخراجها بصورة صحيحة وذلك بمساعدة الأمهات.

الجلسة التاسعة والعشرون

موضوع الجلسة : الاسترخاء وضبط التنفس مع الكلام.

الهدف من الجلسة:

١- أن تتدرب أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينعلى الاسترخاء.

٢- أن يتدرب الأطفال على ضبط تنفس الكلام.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة في الجلسة: المحاضرة والمناقشة، والاسترخاء الكلامي والتدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- ترحب الباحثة بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينثم تراجع الواجب المنزلي، وتسأل أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينهل يوجد لديهم أسئلة نحو الجلسات السابقة، وما يتوقع أن يحدث، وتبدأ الباحثة في الجلسة الحالية.
- تقوم الباحثة بمراجعة بسيطة لتدريبات التنفس واستخدام الشفاط ذو القطر الواسع وتقوم بنقل قصاصات الورق من وعاء لآخر ويتم إجراء ذلك مرة أخرى باستخدام الخرزات الخفيفة ثم الأثقل.
- بعد ذلك تقوم الباحثة بشرح آلية الكلام للأطفال ووضحت له مفهوم الصوت الهادئ حيث توضح الباحثة حيث استهلال تنفسي للمزج بين الحروف الساكنة والمتحركة اللازمة لإخراج الكلام.

- **ويستخدم التدريب التالي عند تعليم الصوت الهادئ.**

- التنفس مع إخراج صوت، حيث تقوم الباحثة للأطفال بأن يخرج نفخه بسيطة من الهواء بادئاً بتحريك أعضاء النطق ثم تبدأ لنطق على هذا التيار من التنفس.
- يبدأ الأطفال بإخراج الهواء بصوت هاااا، ومرة هيييي ، ومرة هوووو.

- ثم يبدأ الأطفال بإخراج الهواء بصوتين معا هاا ثم هيي، ومرة هااا ثم هوو في نفس واحد.
- ثم يبدأ الأطفال في إنتاج كلمة واحدة (مفردة).
- ثم يبدأ في عبارة ناقلة " أنا أسمع....".
- ثم مضي إلى مستوى العبارة والجملة.

ثم التوضيح للأطفال ليشعرون كيف أن تيار الهواء الهادئ يجعل صوتهم مفتوحا ومستمراً وتشير الباحثة إلى المكان حيث يسهل إنتاج الكلام أو حدوث توقف له.

تطلب الباحثة من الأطفال أن يضعوا يده على حنجرتها ليشعر بها أثناء إنتاج الصوت السهل في مقابل الصوت الصعب كنموذج يحتذي به (ويعتبر المزج بين الحروف المتحركة والساكنة مناسب) وعندئذ نترك الأطفال يشعر بحنجرته أثناء إنتاج الأصوات المضطربة والمسترخية.

توضح الباحثة للأطفال إن مفهوم التحدث على صوت (الهاء– هااااا) يمكن أن يسهل تنظيم مناسب لتيار التنفس، فيبدأ الأطفال بصوت حرف(الهاء– هاااا) إضافة إلى مجموعة من حروف العلة مثل (آآآآآآآآآآآآآآ– أووووووو– إبيييييييييي) ثم تترك الباحثة الأطفال يشعرون بالصوت الهادئ بأن يوضع الأطفال يدهم على حنجرة الباحثة عندما تنطق بالأصوات التالية (هااا– هييي– هوووو) كي تسهل عليه إدراك كيف تكون البداية السهلة للصوت.

تطلب الباحثة من الأطفال أن يفكروا فيما يزيد أن يقوله قبل أن يتكلم به ولكن دون التفكير في كلمات معينة أو حروف بعينها يتوقع فيها التلعثم لأن ذلك يزيد من إرباكه.

أن يأخذ نفس عميق قبل الكلام مع ملء البطن بالهواء.

افتح الفم وتحريك اللسان والشفتين حركة مرنة وعدم التشنج (وعدم اهتزاز الشفتين عند إخراج الكلام) وتضرب الباحثة للطفل مثلا على ذلك وهو "أن

الأرنب عندما يتكلم يكون خائفا" فتهنز شفتاه ولكن الأسد لا يكون خائفا ويتكلم بثقة.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من الأطفال المتلعثمين أن ينفذوا ما تم في الجلسة السابقة، وبالتأكيد على استكمال التسجيل وقامت الباحثة بإعطاء الأطفال تعليمات بان يقوم بعمل تدريبات الشفط والنفس والصوت بالمنزل مع والدته لنتحسن أسرع وتودعهم بالتشويق للجلسة القادمة.

الجلسة الثلاثون

عنوان الجلسة : تنظيم التنفس والتحكم فيه.

أهداف الجلسة:

١- التعرف على ضبط التنفس والتحكم فيه.

٢- التعرف على تدريبات الاسترخاء وتنفيذها.

٣- تفسير العلاقة بين التفكير المشوه وعملية إنتاج الكلام.

٤- دحض فكرة عدم القدرة على التنفس.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والتحصين التدريجي والتدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- في بداية الجلسة تقوم الباحثة بمراجعة بالترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين، ثم تقوم بمراجعة الواجب المنزلي، وتسأل الأطفال عن إذا كان أي منهم يرغب في الاستفسار عن شيء، وما يتوقع أن يحدث هذه الجلسة.
- قامت الباحثة بشرح التدريب على ضبط التنفس وتامين كمية الهواء الكافية واللازمة لإنتاج الكلام هي متغيرات مهمة لنجاح العمل مع

الأطفال المتلعثمين حيث أنهم يطورون أنماط مضطربة من التنفس تنفسية سيئة كاستجابة للتلعثم.

- وكمحاولة من جانبهم للسيطرة على هذه التلعثم فإنه تظهر لديهم سلوكيات مثل التحدث أثناء الشهيق ، وهي سلوكيات عامة لوحظت لدي المتلعثمين .وبالنسبة لهؤلاء الذين يجدون صعوبة في البدء أو الحفاظ على تيار الهواء (الشهيق الكافي اللازم لعملية الكلام).

واستهلال الصوت اللازم لإنتاج الكلام، فهناك نصائح وإرشادات، كما أن هناك تدريبات قد تكون ضرورية لتزويد الطفل بطرق لتقليل التوتر وتهدئة الوقفات، ويتحقق تنظيم التنفس من خلال الجلسات.

- وفي نهاية الجلسة قامت الباحثة بمراجعة ما سجله أمهات الأطفال، وطلبت منهم الاستعداد للجلسة القادمة.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينتنفيذ ما تم في الجلسة من تدريبات للتنفس في البيت، وتطلب منهن اقتراح ما يرونه من تدريبات للتنفس.

الجلسة الحادية والثلاثون

موضوع الجلسة :التفريغ الانفعالي

أهداف الجلسة :

١- أن تعبر أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينعن مشاعرهن بحرية.

٢- أن تكون أمهات الأطفال والأطفال المتلعثميناتجاه إيجابي نحو الآخرين.

٣- أن تتمكن أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينمن التفريغ الانفعالي.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة ، تقليد الأصوات، والكلام الإيقاعي والتدعيم.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة بالترحيب بالأمهات المشاركات في الجلسة والأطفال المتلعثمين، ثم تقوم بمراجعة الواجب المنزلي.
- ثم تقول الباحثة لهن ما المشكلات التي تواجهكم أثناء التعامل مع أطفالكم، وتستمع الباحثة للأمهات حول المشاكل التي تواجهن وكيفية القيام بحلها.
- تعرض الباحثة على الأمهات مجموعة من الصور لأطفال صم وأطفال ذوي إعاقة عقلية ثم تذكرهن بأن حالهن أحسن حالا من غيرهن وأن طفلهم المتلعثم مع التدريبات والإرشادات والتمرينات سيكون بخير.
- أن مرحلة الطفولة (مرحلة رياض الأطفال) من المراحل الهامة وأن الاكتشاف المبكر للمشكلة يسرع في العلاج فكلما كان اكتشاف المشكلة مبكرا كلما كان العلاج أفضل وأسرع، ثم تطلب الباحثة من الأمهات التعاون مع الطفل والمعاملة الحسنة.

الواجب المنزلي :

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال المتلعثمينأن يكتبن المشكلات التي تواجهن أثناء التعامل مع أطفالهن حتى يتم طرحها ومعالجتها.

الجلسة الثانية والثلاثون

موضوع الجلسة : الإشارات الجسمية للمشاعر والانفعالات المختلفة.

أهداف الجلسة :

١- أن يتعرف أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينعلى المشاعر المختلفة.

٢- أن يتمكن الأطفال من الربط بين المشاعر التي يشعرون بها في المواقف المختلفة وبين الإشارات الجسمية التي تبدو عليهم خلالها.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة ، تقليد الأصوات، والتدعيم.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

إجراءات السير في الجلسة:

- في بداية الجلسة تقوم الباحثة بمراجعة الواجب المنزلي مع أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينبطريقة جماعية، ثم تقدم لهم لعبة (بدون كلام) وذلك لمراجعة مفهوم المشاعر والانفعالات.
- وتتمثل هذه اللعبة في أن تقوم الباحثة بأداء صامت لبعض الانفعالات وعلى مجموعة الأطفال معرفة كل نوع منها من خلال الحركات والتعبيرات التي تظهر على وجه الباحثة.
- ثم تطرح الباحثة على الأطفال مجموعة من الأسئلة التي تدور حول كيفية التعرف على مشاعرنا وانفعالاتنا التي نشعر بها (كالضيق ، والحزن، والسعادة، والخوف)، مع العمل على تشجيع الأطفال على التعبير على مشاعرهم ي المواقف المختلفة باستخدام لعب الدور مع التركيز على الإشارات الجسمية التي تظهر عليهم والتي يشعرون بها موضحة لهم كيفية التعرف على هذه المشاعر (من خلال التعبيرات التي تظهر على الوجه كالإبتسامة والضحك في حالة الفرح، وما ينتاب الجسم من الشعور بالصداعوألم كما في حالة الضيق، أو الإرتجاف كما في حالة الخوف).
- ثم تقوم الباحثة بعرض لوحة توضيحية لمشاعر مختلفة تظهر تعبيرات جسمية وتطلب من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينالتعرف عليها ثم القيام بنماذج مماثلة.

- ثم تقوم الباحثة بتوزيع الورق المقوى على الأطفال والملصقات التي تبين أنواع مختلفة من المشاعر وتطلب من كل طفل أن يقوم بلصق أي نوع يتعرف عليه التي تبين أنواع مختلفة من المشاعر.
- وتطلب من كل طفل أن يقوم بلصق أي نوع يتعرف عليه من هذه المشاعر في الورقة التي أعطيت له، وبعد أن ينتهي من عملية اللصق يتمكن من ذكر كل تلك الانفعالات الموجودة في الملصقات، – وفي نهاية الجلسة تقوم الباحثة بمكافأة الأطفال على تفاعلهم أثناء الجلسة.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينأن ينفذوا ما تم في الجلسة السابقة، وقامت الباحثة بإعطاء الأطفال صور من المشاعر المختلفة تظهر تعبيرات مختلفة.

الجلسة الثالثة والثلاثون

موضوع الجلسة : تصحيح المعلومات الخاطئة في ذهن الطفل المتلعثم.

أهداف الجلسة:

١– أن تشارك أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينفي جلسات البرنامج بطريقة فعالة مؤمنين بأهمية البرنامج في مساعدتهم على التخلص من التلعثم.

٢– أن تعطي الباحثة للأطفال فكرة مبسطة عن التلعثم لإزالة الغموض وتصحيح المعلومات الخاطئة.

زمن الجلسة: (٤٠–٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة، تقليد الأصوات، والتدعيم.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بالترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينثم تقوم بمراجعة الجلسة السابقة، وتقدم لهم الشكر على التزامهم بحضور

الجلسات في موعدها المحدد، وتوضح لهم أهمية ذلك للاستفادة من البرنامج.

- تؤكد الباحثة أن الهدف الأساسي من البرنامج هو مساعدتهم على الوصول إلى أفضل مستوى من الطلاقة اللفظية، وذلك من خلال مداومة الالتزام بمتابعة حضور جلسات البرنامج؛ حتى يتمكنوا من التغلب على مشكلة التلعثم.
- ثم تنتقل الباحثة إلى الحديث عن التلعثم وأسبابه، حيث توضح أنه على الرغم من أن سبب حدوث التلعثم غير معروف حتى الآن إلا أن علاجه سهل، ويمكن التغلب عليه.
- ثم تحدثهم عن التغيرات الفسيولوجية التي تصاحب محاولة الطفل المتلعثم للنطق، مثل : حركة العين، ورعشة الشفاه، وزيادة معدل ضربات القلب، واضطراب التنفس.
- وتؤكد الباحثة لأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينأن علاجالتلعثم ليس بالأمر المستحيل، ولكنه أمر يحتاج للإصرار والعزيمة القوية، وتؤكد على ضرورة تطبيق الإرشادات والقيام بالتدريبات المنزلية بجديه واهتمام دون كسل أو إهمال.

الواجب المنزلي:

- تطلب الباحثة من أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينأن يذكروا أسباب التلعثم بمساعدة الأمهات في المنزل.

الجلسة الرابعة والثلاثون

موضوع الجلسة : المشاعر والانفعالات في مواقف الحياة.

أهداف الجلسة:

١. أن تتعرف الأمهات على المشاعر والانفعالات.
٢. أن تتمكن الأمهات من وصف الانفعالات الخاصة بأطفالهن.

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة :تقليد الأصوات، والتدعيم والنشاط المنزلي.

إجراءات السير في الجلسة:

- تقوم الباحثة بالترحيب بأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينثم تعرض عليهم موضوع الجلسة الحالية وهي المشاعر والانفعالات بعرضها على لوحة تحتوى على مجموعة صور لوجوه أطفال توضح المشاعر :
  - صورة لطفل سعيد.
  - صورة لطفل حزين.
  - صورة لطفل غاضب.
  - صورة لطفل يبكي.
  - صورة لطفل خائف.
- تطلب الباحثة من الأمهات التعليق على كل صورة وعلى تعبير الوجه الموجود في الصورة، ثم تطلب الباحثة من الأمهات أن يختاروا صورة من الصور السابقة مع التعليق عليها وكيف تتصرف مع طفلها في هذه الحالة سواء كانت فرح أو حزن أو غضب.
- تعزز الباحثة الأم التي تكون إجابتها وتصرفها أفضل وتقدم لها الدعم المناسب مع توجيه الأمهات الأخريات إلى الأسلوب الصحيح تبعا للموقف الذي يتعرض له ابنها.

الواجب المنزلي:

- تطلب من كل أم أن ترسم صورة لوجه طفل لتناسب التعبير الذي يناسبه.

الجلسة الخامسة والثلاثون

موضوع الجلسة: المشكلات والمواقف التي يعاني منها الطفل المتلعثم.

أهداف الجلسة:

١- أن تعبر أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينبحرية كاملة عن مشاكلهم.

٢- أن يعبر الطفل المتلعثم عن غضبه أو نقده لأي شخص يتعامل معه بأسلوب يرفضه الطفل.

٣- أن يتحرر الطفل من التوتر والخوف، حيث يشعر انه لا يوجد عقاب، ويستطيع أن يتحدث كما يشاء.

٤- أن يتقبل الطفل ذاته مع وجود قصوره اللفظي، من خلال شعوره بأن هناك من يستمع لمضمون قوله: (ماذا يقول؟) دون اهتمام بشكل قوله: (كيف يقول؟).

زمن الجلسة: (٤٠-٤٥) دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة، والتدعيم، التحصين التدريجي.

إجراءات السير في الجلسة:

- تبدأ الباحثة الجلسة بتوجيه التحية لأمهات الأطفال والأطفال المتلعثمين موضحة أن التلعثم تسبب للطفل الكثير من المشكلات التي قد تسبب له عدم الارتياح، وتؤثر على تفاعلاته مع الآخرين.
- ثم تطلب الباحثة من كل طفل أن يتحدث عن أهم المشكلات التي يتعرض لها ويعاني منها، وهي مواقف تتعلق بالحياة اليومية العادية نابعة من خبرات الطفل ذاته. فمثلا طفل عندما يسأله أحد عن اسمه أو عندما يطلب منه المدرس القراءة، وطفل آخر عندما لا يكون أحد في المنزل، واضطر إلى الرد على التليفون أو فتح الباب لأحد والتحدث معه.
- ثم تطلب الباحثة من كل طفل أن يقارن بين مشكلته ومشكلات الأطفال الآخرين حتى يتأكد كل طفل أن مشكلته الأساسية تتمثل في

تجنب الكلام مع الآخرين، بمعني أن الأطفال المتلعثمين جميعا يعانون من مشكلات متشابهة أساسها التجنب كرد فعل لإحساسهم بالتلعثم.

- وتوضح الباحثة للطفل المتلعثم أنه لا يعاني وحده من هذه المشكلات، ولكن جميع الأطفال (المتلعثمين) لديهم مشكلات متشابهة؛ مما يساعد الطفل على إدراك أن هناك آخرين يعانون مثله من نفس المشكلات؛ مما يخفف من رفضه لذاته، ويجعله يتقبل ذاته بالرغم من وجود التلعثم، ولكن يرغب في التخلص من هذه التلعثم.

الواجب المنزلي:

- تشكر الباحثة أمهات الأطفال والأطفال المتلعثمينعلى حضور الجلسة وتطلب منهم أن يذكروا المشكلات التي تواجههم وما المخاوف التي يشعرون بها؟ وتطلب منهم تدوين هذه المشكلات.

الجلسة السادسة والثلاثون

موضوع الجلسة : جلسة ختامية

أهداف الجلسة:

١- تقييم البرنامج ككل من خلال قياس شدة التلعثم للأطفال وقياس الضغوط الوالدية للأمهات.

٢- الوقوف على ما تم تعديله من عيوب.

زمن الجلسة : ٤٥-٦٠ دقيقة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة – التدعيم.

إجراءات الجلسة:

– تقوم الباحثة بتطبيق أداه قياس شدة التلعثم, وأداة قياس ضغوط الوالدية.

– تطلب الباحثة من أفراد المجموعة أن يتحدث كل منهم عن بعض المواقف التي تعرض لها أثناء البرنامج ككل.

ومن خلال تحدث كل أم تعرف مدى وصول مستوى طفلها في علاج التلعثم.

ملحق رقم (١٠)

صورة شهادة الباحثة لإجتياز دورة معهد السمع والكلام ٢٠١٤-٢٠١٦

General Org. for Hospitals &Teaching Inst.
Hearing& Speech Institute .
Department of phoniatrics



الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية
معهد السمع والكلام بإمبابة
قسم التخاطب



يشهد معهد السمع والكلام بأن الطالبة / حنان محمد ابراهيم خلف

قد حضرت الدورة التدريبية للتأهيل التخاطبي المنعقدة بقسم التخاطب بمعهد السمع والكلام لمدة (٢٤) اربعة وعشرون شهرا

بواقع حضور (٣) ثلاثة ايام اسبوعيا و قد اجتازت الاختبارات النهائية بنجاح دور اغسطس ٢٠١٦

رئيس قسم التخاطب
د. عزة سامى عبد الحكيم

يعتمد مدير المعهد
أ.د/ محمد حسنى



تحريرا فى ١٧/ ٨/ ٢٠١٦

1-El Tayar Fekry ST. Tel.٢٣١٥٥٨٠٢ Fax.٣٣١٣٠٣١٨

١ ش الطيار فكرى بإمبابة ت: ٣٣١٥٥٨٠٢ فاكس : ٣٣١٣٠٣١٨

ملخص الدراسة

- الملخص باللغة العربية.
- الملخص باللغة الإنجليزية

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة

هدف الدراسة :

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج للتدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ماقبل المدرسة.

فروض الدراسة :

١- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في ضغوط الوالدية، وذلك لصالح القياس البعدي.

٢- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس ضغوط الوالدية في القياس البعدي، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط الوالدية.

٤- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطيرتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في التلعثم، وذلك لصالح القياس البعدي.

٥- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التلعثم في القياس البعدي ، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

٦- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في التلعثم.

منهج الدراسة :

إستخدمت الباحثة المنهج التجريبي.

عينة الدراسة :

سوف تتكون عينة الدراسة من (٢٠) طفل وطفلة من الأطفال المتلعثمين في مرحلة ما قبل المدرسة والملتحقين بالصفين الأول والثانى فى رياض الأطفال, بحيث تتراوح أعمارهم الزمنية من (٤– ٦) سنوات وهم من الأطفال المترددين على عيادات قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام بامبابة, وسوف تشمل العينة أيضا أمهات الأطفال المتلعثمين بحيث تتراوح أعمارهم بين (٢٥ – ٣٥) سنة, ممن يكون مستواهم الاقتصادى الثقافى الاجتماعى متوسط, وسوف يتم تقسيهمهم إلى مجموعتين على النحو التالي:

- **مجموعة تجريبية** : تضم (١٠) أطفال (٧ ذكور, ٣ إناث), (١٠) أمهات.
- **مجموعة ضابطة** : تضم (١٠) أطفال (٧ ذكور, ٣ إناث), (١٠) أمهات.

أدوات الدراسة :

١– اختبار رسم الرجل لتحديد معامل الذكاء (إعداد جود انف هاريس, تفنين فاطمة حنفى).

٢– مقياس المستوى الاقتصادى الثقافى الاجتماعى للأسرة (اعداد محمد بيومى خليل).

٣– مقياس ضغوط الوالدية (فيولا الببلاوى).

٤– مقياس شدة التلعثم (إعداد الباحثة).

٥– برنامج التدخل المبكر (إعداد الباحثة).

الأساليب الإحصائية :

استخدمت الباحثة عدة أساليب إحصائية هى :

١– معامل ارتباط بيرسون Pearson correlation coefficient.

٢–اختبار مان وتينى Mann-Whitney.

٣– اختبار ويلكوكسون Wilcoxon.

نتائج الدراسة :

أسفرت نتائج الدراسة عن تحقق جميع فروض الدراسة، مما يدل على على فاعلية برنامج التدخل المبكر فى خفض ضغوط الوالدية لتحسين التلعثم لدى أطفال ماقبل المدرسة.

ملخص الدراسة باللغة الإجليزية

Study Summary

Purpose:

The study aims to investigate the effectiveness ofearly intervention program in decreasing parenting stresses to improve stuttering for pre-school children.

Hypotheses Of The Study :

1- There are statistically significant differencesamong the ranks mean of the experimental group of children before and after the program in parenting stresses, and these differences are in the direction of the measurement after the program.

2- There are statistically significant differencesamong the ranks mean of the Children of experimental and control groups in parenting stresses after the program, and these differences are in the direction of the experimental group.

3- There are no statistically significant differences among the ranks mean of the experimental group in the iterative application then after the follow-up period in parenting stresses.

4- There are statistically significant differencesamong the ranks mean of the experimental group of children before and after the program in stuttering, and these differences are in the direction of the measurement after the program.

5- There are statistically significant differencesamong the ranks mean of the Children of experimental and control groups in stuttering after the program, and these differences are in the direction of the experimental group.

6- There are no statistically significant differences among the ranks mean of the experimental group in the iterative application then after the follow-up period in stuttering.

Method:

Thisstudy used the experimental method .

Study Sample:

The study sample consists of 20 stammering childrenin pre-school stage, and first and second grades in kindergarten, between the ages of (4-6) years, they are the children attending Department of Speech clinics in the Hearing and Speech Institute of Imbaba, the sample also includes the mothers of stutterer children aged (25-35 years), who have medium economic, cultural and social standard, divided into two groups as follows:

a - The experimental group: It consists of 10 children(7 males - 3 females) and 10 mothers.
b - The control group: It consists of 10 children (7 males - 3 females) and 10 mothers.

The Study Tools :

a – Man drawing test to determine IQ (prepared by Good Anf Harris, legalised by FatmaHanafy 1983).

b - Economic, cultural and social standard scale. (Prepared by Muhammad Bayumy Khalil2003).

c - parenting stresses scale . (Prepared by Viola Al Beblawy)

d - The severity stutter scale. (prepared by the researcher)

e – The early intervention program. (prepared by the researcher)

Statistical Methods:

1. Pearson correlation coefficient**.**
2. Mann-Whitney Test.
3. Wilcoxon Test.

Results:

The results revealed the verification of the hypotheses. this means the effectiveness of early intervention program in decreasing parenting stresses to improve stuttering for pre-school children.



AinShamsUniversity
College of Women for Arts,Science and Education
Department of psychology

The effectiveness of early intervention program in decreasing parenting stresses to improve stuttering for pre-school children

(A Master Thesis in Education)
(Educational Psychology)

Submitted by:

Hanan Mohammad Ibrahim Khalaf

Supervised by :

Prof. : Shadia Ahmad Abd El.khaleq
Professor of psychology
College of Women
Ain Shams University

Dr. : Ebtesam Mohammad Abd El.sattar
Doctor of psychology
College of Wome
Ain Shams University

2016